



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Factores socio demográficos asociados a la adherencia al
tratamiento antirretroviral de gran actividad en los
pacientes del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima-
2016**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Br. Untiveros Rosas Janett Paula

ASESOR:

Dr. Laguna Velazco Jorge Gonzalo

SECCIÓN:

Ciencias médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Gestión de servicios de la salud

PERÚ – 2018

Página del jurado

Dra. Juana Yris Díaz Mujica
Presidente

Dr. Joaquín Vertiz Osoreo
Secretario

Dr. Jorge Gonzalo Laguna Velazco
Vocal

Dedicatoria

A mi amado padre y mi recordado hermano Walter que son las estrellas que alumbran mi camino y vivirán por siempre en mi corazón.

A mi querida madre que es el ejemplo de vida que seguir y que nunca ha dejado de brindarme su apoyo total.

A mi esposo Henry y a mis hijos Christian, Sergio y Franco por la paciencia que me han tenido todo este tiempo

Agradecimiento

A mi profesor y asesor Dr. Jorge Laguna por sus enseñanzas y la dedicación a esta tesis.

Declaración de autoría

Yo, Janett Paula Untiveros Rosas, estudiante de la Escuela profesional de Posgrado, de la Universidad César Vallejo, sede/filial Lima Norte; declaro que el trabajo académico titulado “Factores socio demográficos asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en los pacientes del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima, 2016”, presentado en 101 folios para la obtención del grado académico profesional de Magíster en Docencia Universitaria es de mi autoría.

Por tanto, declaro lo siguiente:

- He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo estipulado por las normas de elaboración de trabajos académicos.
- No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.
- Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
- Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.
- De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinan el procedimiento disciplinario.

Lima, 20 de mayo de 2017

Br. Untiveros Rosas, Janett Paula
DNI 06914285

Presentación

Señores miembros del Jurado:

A los señores miembros del jurado de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, filial Los Olivos, se les presenta la tesis titulada: “Factores socio demográficos asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en los pacientes del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima, 2016”; en cumplimiento del reglamento de grados y títulos de la Universidad César Vallejo, para obtener el grado de Magister en Gestión de los Servicios de Salud.

La presente investigación está estructurada en ocho capítulos. En el primer capítulo se exponen los antecedentes de investigación, la fundamentación técnica de las variables, la justificación, el planteamiento del problema, las hipótesis y objetivos. En el capítulo dos se presentan las variables en estudio, la operacionalización, la metodología utilizada, el tipo de estudio, el diseño de investigación, la población, la muestra, la técnica e instrumento de recolección de datos, el método de análisis utilizado. En el tercer capítulo se presentan los resultados descriptivos y el tratamiento de hipótesis. El cuarto capítulo está dedicado a la discusión de resultados. El quinto capítulo contiene las conclusiones de la investigación. En el sexto capítulo se formulan las recomendaciones, en el séptimo capítulo se presentan las referencias bibliográficas; y finalmente en el último capítulo se presentan los anexos correspondientes.

Señores miembros del jurado espero que esta investigación sea evaluada y merezca su aprobación.

La Autora

Lista de contenido

	Pág.
Página del Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	vii
Resumen	x
Abstract	xi
I. Introducción	12
1.1. Antecedentes	14
1.2. Fundamentación científica, técnica o humanística	20
1.3. Justificación de la investigación	52
1.4. Problema	53
1.5. Hipótesis General	56
1.6. Objetivos de la investigación	57
II. Marco Metodológico	59
2.1. Variables	60
2.2. Operacionalización de variables	60
2.3. Metodología	61
2.4. Tipos de estudio	62
2.5. Diseño de la investigación	62
2.6. Población, muestra y muestreo	66
2.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	63
2.8. Métodos de análisis de datos	65
2.9. Aspectos éticos	65
III. Resultados	66
IV. Discusión	82
V. Conclusiones	87
VI. Recomendaciones	89
VII. Referencias	91

Anexos

98

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1	Matriz de operacionalización de la variable factores socio demográficos
	60
Tabla 2	Matriz de operacionalización de la variable adherencia al Targa
	61
Tabla 3	Descripción de los niveles de educación
	67
Tabla 4	Descripción de los niveles de género
	68
Tabla 5	Descripción de las edades de los pacientes
	69
Tabla 6	Descripción de los niveles del estado civil
	70
Tabla 7	Descripción de los niveles de la adherencia
	71
Tabla 8	Descripción de los niveles del cumplimiento del tratamiento
	72
Tabla 9	Descripción de los niveles de los antecedentes de la falta de adherencia
	73
Tabla 10	Descripción de los niveles de la interacción médico – paciente
	74
Tabla 11	Descripción de los niveles de las creencias del paciente
	75
Tabla 12	Descripción de los niveles de la utilización de estrategias
	76
Tabla 13	Factores sociodemográficos del paciente con VIH y la adherencia al tratamiento antirretroviral
	77
Tabla 14	Nivel de educación del paciente con VIH y la adherencia al tratamiento antirretroviral
	78
Tabla 15	El género del paciente con VIH y la adherencia al tratamiento antirretroviral
	79
Tabla 16	La edad del paciente con VIH y la adherencia al tratamiento antirretroviral
	80
Tabla 17	El estado civil del paciente con VIH y la adherencia al tratamiento antirretroviral
	81

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1	Diagrama del diseño correlacional
Figura 2	Descripción de los niveles de educación
Figura 3	Descripción de los niveles de género
Figura 4	Descripción de las edades de los pacientes
Figura 5	Descripción de los niveles del estado civil
Figura 6	Descripción de los niveles de la adherencia
Figura 7	Descripción de los niveles del cumplimiento del tratamiento
Figura 8	Descripción de los niveles de los antecedentes de la falta de adherencia
Figura 9	Descripción de los niveles de la interacción médico – paciente
Figura 10	Descripción de los niveles de las creencias del paciente
Figura 11	Descripción de los niveles de la utilización de estrategias

Resumen

La investigación titulada Factores socio demográficos asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en los pacientes del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima, 2016” tuvo como objetivo principal determinar los factores socio demográficos que se encuentran asociados a la adherencia o cumplimiento del tratamiento antirretroviral como son la edad, género, edad, estado civil y nivel de estudios en los pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo durante los meses de enero a junio 2016.

El estudio fue no experimental transversal causal. Utilizo un muestreo no probabilístico a conveniencia, los criterios de inclusión fueron ser pacientes infectados con el VIH, mayores de 18 años, con Targa no menor a dos meses y se tomó como criterio de exclusión a las pacientes embarazadas infectadas con VIH o a pacientes en fase terminal. La recolección de datos para los factores socio demográficos señalados se revisaron las fichas de la Farmacia de Estrategias Sanitarias del Hospital Nacional Dos de Mayo y para la adherencia se aplicó como instrumento el Cuestionario de evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH) validado por Remor en España y por Tafur Valderrama en el Perú. Esta encuesta consta de 20 preguntas y tiene cinco dimensiones.

Al analizar el nivel de adherencia se halló que los factores sociodemográficos del paciente con VIH son factores asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en los pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo de enero a junio 2016, con un nivel de significancia de 0.05 y Chi-cuadrado $\chi^2 = 74.808$ y $p = 0.001 < 0.05$.

Palabras clave: factores socio demográficos, adherencia, tratamiento antirretroviral de gran actividad, genero, edad, estado civil, nivel de estudios, cuestionario de evaluación.

Abstract

The research entitled Sociodemographic factors associated with adherence to highly active antiretroviral treatment in patients of the National Hospital Dos de Mayo. Lima, 2016 "had as main objective to determine the socio-demographic factors that are associated with the adherence or compliance of antiretroviral treatment such as age, gender, age, marital status and level of studies in HIV patients who went to the National Hospital Dos de Mayo during the months of January to June 2016.

The study was non-experimental causal transverse. I use a non-probabilistic sample at convenience, the inclusion criteria were to be HIV-infected patients, over 18 years of age, with Targa no less than two months, and pregnant women infected with HIV or patients in phase were taken as exclusion criteria. terminal. The collection of data for the socio-demographic factors indicated was reviewed the files of the Pharmacy of Health Strategies of the National Hospital Dos de Mayo and for adherence was applied as an instrument the Evaluation Questionnaire for the Adherence to Antiretroviral Treatment (CEAT-HIV) validated by Remor in Spain and by Tafur Valderrama in Peru. This survey consists of 20 questions and has five dimensions.

When analyzing the level of adherence, it was found that the sociodemographic factors of the patient with HIV are factors associated with the adherence to highly active antiretroviral treatment in patients with HIV who attended the National Hospital Dos de Mayo from January to June 2016, with a level of significance of 0.05 and Chi-square $\chi^2 = 74.808$ and $p = 0.001 < 0.05$.

Key words: socio-demographic factors, adherence, highly active antiretroviral treatment, gender, age, marital status, educational level, evaluation questionnaire.

I. Introducción

En 1981 se conoce los primeros casos de sida, a finales del año 2009, se estima que existían 33 millones de personas infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), los mismos que dan lugar a los avances en el tratamiento del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), infección que produce el deterioro progresivo del sistema inmunitario lo cual altera y anula su función, porque no cumple la función de lucha contra las enfermedades e infecciones.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida es considerado un problema de salud pública y de gran naturaleza por la presencia de la morbilidad y mortalidad de la población y que además la población más afectada por el VIH son las que cuentan con bajos ingresos y entre ellos está considerado el Perú, dado que en año 2012 se tenía un aproximado de 76000 portadores del VIH lo cual dio lugar a enfrentar los casos clínicos de la enfermedad y promover un tratamiento especializado contando con un equipo multidisciplinario de salud, y evaluando los impedimentos y/o trabas que se podía tener con el paciente con VIH, comenzando de la no aceptación de su propia enfermedad, los factores socioculturales, económicos y la falta de apoyo.

El Ministerio Nacional de Salud de Perú nos manifiesta que es el primer país de Sudamérica que cuenta con una estrategia multisectorial para la lucha contra las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH/SIDA, sirviendo de modelo para otros países. Gracias al apoyo técnico financiero del Proyecto Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la tuberculosis en el Perú, financiado por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria; en el año 2004, se dio inició al tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) lo que nos ayudó a garantizar el acceso gratuito al tratamiento, y que se incrementa la cobertura para más pacientes.

Sin embargo, debemos de indicar que existe un sustento legal del TARGA, según la Dirección general de salud de las personas y la Dirección Ejecutiva de atención integral de salud del MINSA, la misma que está plasmada en una Norma Técnica NTS N° 097 - MINSA/DGSP-V.02 “NORMA TÉCNICA DE SALUD DE

ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)”

El Tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en los últimos años es importante en los pacientes con VIH/SIDA, porque colabora a que se reduzca la mortalidad, hospitalizaciones, incidencia de infecciones oportunistas, uso de los servicios de salud ; así mismo, por su efectividad positiva y que se encuentran consideradas dentro de un programa totalmente gratuito para esta población; es por ello que por contar con medicamentos antirretrovirales (ARV) de gran efectividad, juega un papel muy importante la adherencia al tratamiento del lado de los pacientes que inicien su tratamiento, lo cual va a significar que el paciente debe de tomar sus medicamentos conforme indica la dosificación prescrita por el profesional médico, de acuerdo a los horarios que le indiquen con la finalidad de una mejor calidad de vida y alargar la esperanza de vida, sin embargo, no todos los pacientes cumplen el tratamiento de forma correcta, porque muchos de ellos no cumplen por miedo a los efectos adversos que presentan estos medicamentos, otros por olvido y que en su mayoría están relacionados a las características sociodemográficas del paciente y otros como la pobreza, la inestabilidad familiar, la posible ausencia de vivienda , lo que puede impedir el acceso y la adherencia al TARGA.

1.1. Antecedentes

Antecedentes internacionales

Cisneros (2014) en su trabajo titulado *Factores que influyen en la adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con sida del Hospital Enrique Garcés*, en Quito, realizó un estudio de tipo cuantitativo observacional analítico y transversal con el objetivo de determinar cuáles son los factores intervinientes en la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR); para lo cual aplicó como instrumento una encuesta con preguntas abiertas y cerradas dicotómicas en una muestra de 300 pacientes con VIH , para identificar las relaciones que existen entre dos o más variable, luego los datos se procesaron en un programa de Excel y para medir la probabilidad de asociación de la adherencia con las variables consideradas en el estudio se empleó el Odds Ratio (OR) interpretando los resultados en función de la magnitud de asociación de las variables (> 1). Se concluyó que la adherencia es del 70% en este Hospital.

Miranda *et al.* (2013) en el *Estudio de Medición de la Adherencia a la Terapia Antirretroviral (TAR) de personas con VIH de la Red de Hospitales del Ministerio de Salud de El Salvador*, de tipo descriptivo y corte transversal para determinar el nivel de adherencia de las personas con VIH avanzado en El Salvador y la relación de los determinantes sociales con la adherencia, se calculó estadísticamente una muestra de 363 personas que cumplían los criterios de inclusión con un nivel de confianza de 95%. Fueron dos los instrumentos utilizados; un cuestionario dirigido estructurado en tres bloques de preguntas para evaluar los factores asociados a la no adherencia; y la evaluación de los registros de dispensación de farmacia. Se empleó el SPSS versión 15 y los análisis de datos con la estadística descriptiva obtuvieron que la adherencia es baja en estos pacientes y que los factores determinantes sociales relacionados con el paciente si influyen en la adherencia al tratamiento antirretroviral.

Varela *et al.* (2013) realizaron un estudio observacional transversal denominado *Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico para el VIH/SIDA en Cali*, para determinar la prevalencia de adherencia al tratamiento antirretroviral y los factores intervinientes en pacientes con VIH/SIDA, en una población aleatoria de 127 personas viviendo con sida con tratamiento antirretroviral, emplearon el Cuestionario de Adherencia al tratamiento antirretroviral CAT-VIH y los factores intervinientes en la adherencia se midieron con un Cuestionario de autorreporte construido con este fin (CFR-AT-VIH) y datos de las historias clínicas, encontrándose 84.3 % de prevalencia de adherencia al tratamiento antirretroviral, menor adherencia en pacientes menores de 40 años, de nivel socio económico bajo y menor accesibilidad a medicamentos. Al análisis univariado los factores con nivel de significancia de 0.25 son edad, sexo, estrato socioeconómico, conocimiento sobre su enfermedad y número de dosis.

Hernández *et al.* (2012) en su trabajo sobre *Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA, en México*, realizó un estudio descriptivo transversal con el objetivo de conocer la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) en pacientes con VIH/Sida (PPVS) para lo cual empleó una muestra por conveniencia de 62 PPVS. El instrumento elaborado para medir

adherencia al TAR consideró factores psicológicos y de comportamiento de adhesión como factores de adhesión, utilizando la Escala de Likert, con alfa de Cronbach de 0.7 y 0.8. Se empleó estadística descriptiva en SPSS versión-18. El 90.3% de la muestra estudiada se adhiere al tratamiento antirretroviral. Se llegó a concluir que la adherencia es alta al tratamiento antirretroviral (90.3%), sin embargo, un 50% de los pacientes no adherentes consideran a las reacciones adversas al tratamiento antirretroviral como la causa de no tomar su medicación tal como se la prescribieron.

Olalla (2012) en el estudio *Conocimiento, Adherencia y Efectividad del Tratamiento Antirretroviral VIH en los pacientes externos del Hospital Regional Carlos Haya en España*, de tipo observacional, transversal y pragmático con el objetivo de determinar la relación entre el conocimiento sobre su enfermedad que tiene el paciente, la adherencia a este tratamiento y la efectividad de la terapia antirretroviral, empleó una muestra de 382 pacientes, uso como instrumentos un cuestionario de conocimiento validado, el Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ) para adherencia, historias clínicas y los últimos análisis de cada paciente. Encontró relación directa entre el nivel de conocimiento y la adherencia y cuando se relacionan las tres variables dependientes los pacientes con buena adherencia y conocimiento del tratamiento antirretroviral también tienen buena efectividad terapéutica, también se encontró que la adherencia tiene relación inversamente proporcional con el número de comprimidos prescritos y posología indicada.

Navarro (2011) en su estudio *Determinación de la importancia de la Atención Farmacéutica en los pacientes que acudieron a los Consultorios Externos del Hospital Miguel Servet en España*, para tratar la infección por VIH, de tipo descriptivo, observacional y analítico para determinar las causas de mala adherencia al tratamiento antirretroviral que originan un cambio de esquema de tratamiento u otro tipo de antirretrovirales. Empleó dos métodos indirectos de medida: registro de dispensación y Simplified Medication Adherence Questionnaire válido en España concluyendo que el registro de dispensación es útil para valorar la adherencia y que debería adaptarse a los tratamientos actuales pues minimiza la adherencia, también encontró que un 86% de pacientes

consumían conjuntamente con el TAR otros productos pudiéndose producir interacciones medicamentosas y que la atención farmacéutica puede aumentar y/o mantener la adherencia al TAR.

Sánchez (2010) en su trabajo *Adherencia a tratamientos antirretrovirales simples en una o dos tomas diarias, en el Área 4 de la Comunidad Autónoma de Madrid*, estudio observacional, prospectivo y analítico que tiene como objetivo comparar la adherencia al tratamiento antirretroviral a pacientes con VIH con una dosis diaria única y con dosis de dos tomas diarias, con una muestra poblacional de 437 pacientes. se usan métodos indirectos que se combinan para determinar si el paciente es adherente o no adherente. El cuestionario empleado es adaptado y validado por GEEMA y lo aplica al inicio del estudio (factores socioeconómicos). Esta investigación determinó que un paciente con VIH con una sola dosis diaria no asegura la adherencia mayor a 95% pues aún hay factores determinantes y que ponen en riesgo el tratamiento. El nivel de educación del paciente ayuda a que comprenda mejor su enfermedad, el tratamiento y mejora la adherencia.

Antecedentes nacionales

Alcántara (2008) realizó el estudio sobre *Factores asociados a la Adherencia al TARGA, en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Hipólito Unanue*; con el objetivo general de determinar los factores asociados a la Adherencia al Targa. La metodología de este trabajo es aplicativo, cuantitativo, analítico, retrospectivo y transversal, y la muestra de 91 pacientes se obtuvo aleatoriamente y de acuerdo con los criterios de inclusión, es decir, pacientes mayores de 20 años y con mínimo seis meses de estar llevando el Targa al momento del inicio del estudio. El instrumento empleado fue una encuesta, la variable estudiada fue: factores asociados a la adherencia al Targa en sus dimensiones de aspectos culturales, sociales y económicos como son: edad, sexo, grado de instrucción, situación económica entre otros. Estadísticamente se aplicó la Regresión Logística Múltiple, el test de WALD ($p < 0.05$ como indicador de significancia estadística) y Odds Ratio (OR). Se determinó que los factores culturales, sociales, económicos, esquemas fármaco terapéutico y personal sanitario están asociados a la adherencia al Targa.

Alvarado (2013), en la investigación sobre *Características clínicas y epidemiológicas de las personas que murieron por SIDA en los Periodos Pre TARGA, Transicional y de Acceso Universal al TARGA en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI), Lima Perú* entre los años 1984-2013 realizó un estudio observacional descriptivo de una muestra poblacional de 550 pacientes fallecidos por el VIH con el objetivo de identificar características epidemiológicas y clínicas de estas personas fallecidas, para lo cual considero tres etapas; Pre Targa, Transicional y Targa. Los datos encontrados hicieron indicaban que en las tres etapas estas personas habían sido diagnosticadas con el VIH cuando éste ya había avanzado y el Targa ya no iba a tener efectos virológicos ni terapéuticos.

Meneses y Mayorca (2014), en el trabajo *Prácticas de autocuidado y la adherencia al TARGA en personas que viven con VIH en un hospital nacional de Lima*, estudiaron la relación entre las buenas prácticas de autocuidado y la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en las PPVS en un hospital peruano, este estudio es cuantitativo, descriptivo, correlacional, transversal con una muestra de 288 PPVS. Los instrumentos empleados fueron: Historias Clínicas y un cuestionario de 37 preguntas para la variable de prácticas de autocuidado y adherencia a Targa, este instrumento fue validado en un juicio de expertos. La correlación es significativa ($p=0,000$) por cuanto la Rho de Spearman tiene un valor de 0.445, lo que significa que hay correlación positiva y concluyeron que a bajos niveles de prácticas de autocuidado disminuye el nivel de adherencia al Targa, esta relación también se da en sentido contrario.

Pacífico y Gutiérrez (2013), en el trabajo *Información sobre la medicación y adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA de un hospital de Lima*, realizaron un estudio transversal y analítico para determinar la relación entre información sobre los medicamentos y adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (Targa) en pacientes con VIH/SIDA (PPVS) en una muestra de 364 pacientes. Los instrumentos usados fueron el cuestionario SIMS para medir la satisfacción que tienen los pacientes con la información que les brindan respecto a los medicamentos, el cuestionario SMAQ para medir la adherencia al Targa. Estadísticamente se emplearon

Pruebas de Chi cuadrado y el análisis bivariado. Concluyeron que la adherencia a Targa no influye en la satisfacción de los pacientes por la información brindada sobre los medicamentos, pero si aumenta con la edad, disminuye con las mujeres y con el nivel de estudios que tienen.

Tafur, *et al.* (2012) en la investigación sobre *el Impacto de la Intervención farmacéutica en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes de un hospital de Lima (Perú)*, realizó un estudio cuasi experimental con una muestra de 52 pacientes, para determinar los factores que intervienen en la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) y cómo esta adhesión mejora con el seguimiento farmacoterapéutico (SFT), empleó un Cuestionario para evaluar la adherencia al TAR (CEAT-VIH), el método Dader para el SFT y para la evaluación estadística usaron el paquete estadístico SPSS y luego el análisis descriptivo univariado de la información obtenida. Concluyeron que el SFT mejora la adherencia al TAR contribuyendo a conseguir el objetivo terapéutico. Los factores que han demostrado incidir en la adherencia al TAR han sido la edad, la carga viral ($p < 0.005$) y el tipo de esquema antirretroviral.

Rivas (2011), en su estudio *Adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y calidad de vida de pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo* utilizó un diseño de tipo transversal descriptivo con una muestra de 80 pacientes para hallar la asociación entre la adherencia al TARGA y calidad de vida en PPVS, empleo instrumentos validados como Medical Outcomes Study HIV Health Survey para determinar la calidad de vida y el Cuestionario de evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral (CEATVIH), con la prueba de chi 2 y SPSS versión 15 analizaron los datos encontrados concluyendo que si hay relación entre la adherencia al TARGA y la calidad de vida en los pacientes, con una alta calidad de vida física y mental en la mayoría de estos pacientes.

Tejada, *et al.* (2011), en el estudio de tipo transversal *Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad durante la gestación, parto y postparto en mujeres VIH positivas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima*, emplearon el cuestionario AACTG (Adults

AIDS Clinical Trials Group, con una muestra de 44 pacientes Las gestantes presentaron una adherencia de 7.3% mientras que en el periparto fue de 21.2% y en el posparto de 11.8%. La falta de adherencia varía entre el periparto y el posparto de 27.3% a 23.5%. Llegaron a la conclusión de que intervienen muchos factores en la adherencia al tratamiento con antirretrovirales en este tipo de población, factores que tienen que ver con el mismo paciente, con el sistema de salud, con el personal de salud factores psicológicos.

1.2. Fundamentación científica, técnica o humanística

La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana comúnmente denominada VIH y su progreso al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), constituyen un grave problema de salud pública que genera grandes costos económicos a los gobiernos. Según la Organización de las Naciones Unidas para el Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (ONUSIDA) a nivel mundial hasta el 2013 aproximadamente 35 millones de personas vivían con el virus de inmunodeficiencia humana y de este total 1.6 millones corresponden a América Latina por otro lado, ha habido un descenso de un 38% desde el año 2001 de los casos reportados de nuevas infecciones por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y en Sudamérica, el descenso fue de un 3%. Las muertes relacionadas con el SIDA disminuyeron en un 35% a nivel mundial, en nuestro continente 47,000 personas murieron por esta causa.

Igualmente, este organismo indica que alrededor de 38% de personas viviendo con el sida (PPVS) accedieron a la terapia antirretroviral, y de este porcentaje el 45% de estos pacientes cuentan con cobertura para su tratamiento antirretroviral, en el Perú, las ciudades de Lima y Callao tienen 73% de casos de Sida, siendo la prevalencia de 0.5%. Cuando se inició el Tratamiento antirretroviral de gran actividad en nuestro país la adherencia disminuyó paulatinamente al 2008, pero se incrementó hasta 85% en el 2009.

Al revisar toda esta información y observar las estadísticas consideré que cuando se logra que la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad este cercano al 95% ésta se constituye en factor gravitante para el éxito y eficacia terapéutica de este tratamiento con las implicancias positivas a nivel personal,

familiar y social del paciente y también, a nivel gubernamental por la alta inversión económica que se hace al solventar este tratamiento en todo nuestro país, se evitarían mayores tiempos de estancias hospitalarias, no habrían cambios de esquemas terapéuticos ni se tendrían que prescribir tratamientos de rescate con una alta probabilidad de aparición de graves enfermedades oportunistas aumentando la mortalidad. Una adherencia adecuada va de la mano con el nivel de estudios que tiene el paciente que le permite entender mejor todo lo referente a su enfermedad y las consecuencias graves para su salud que devienen de no cumplir con el tratamiento farmacológico indicado.

Con una buena adherencia conseguiremos prevenir el avance de esta infección hasta el estadio más peligroso que es el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, se evitaría que aparezcan virus mutantes resistentes al tratamiento farmacológico, que se transmitan estos virus resistentes a otras personas, por lo que, un nivel de estudios aceptable permitirá al paciente comprender que debe cumplir con el tratamiento evitando errores en la toma de medicamentos, el oportuno manejo de los problemas relacionados con el medicamento, disminuyendo la ocurrencia de reacciones adversas al Targa.

Bases teóricas de la variable factores socio demográficos asociados

De acuerdo con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Componente VIH-SIDA del Fondo Mundial (2013) los factores socio demográficos generalmente se han asociado con la adherencia al Targa a pesar de las controversias sobre el rol de estos factores como facilitadores de la adherencia. Hay investigaciones que consideran el factor edad incide en una adecuada adherencia siendo que a mayor edad la adherencia es mejor. En lo que respecta al factor nivel de educación es mayor el consenso puesto que la adherencia se facilita con un alto grado de estudios. Existen estudios que consideran otros factores sociodemográficos como el sexo y el estado civil, pero, que aún no se han demostrado fehacientemente.

El virus de inmunodeficiencia humano (VIH) es un problema de salud pública y que no sólo incluye al paciente y el Sistema de salud pública sino también a todo el entorno social y laboral del paciente para lograr frenar el avance

de esta enfermedad y lo que puede lograrse con una acción integral sobre el tratamiento del VIH. La comprensión de lo que significa adherencia al tratamiento implica conocer el entorno del individuo en todo aspecto y como este entorno determina su actitud frente a su enfermedad y, por tanto, a la recuperación de su salud y la calidad de vida que llevará en adelante. Sin embargo, existen otros factores o condicionantes que involucran al paciente, a la misma enfermedad, al régimen terapéutico y al Sistema de salud y que determinan el grado de adherencia al tratamiento antirretroviral que se logrará.

Según Alcántara (2008) existen varios factores determinantes para esta adhesión al Targa y los clasifica en cuatro:

Factores Socio económicos y culturales del paciente: como la edad, sexo, nivel de instrucción, accesibilidad al tratamiento, cercanía al centro de salud, entre otros.

Factores asociados a la enfermedad: muchas veces el paciente se desanima en continuar con el Targa o no lo cumple a cabalidad por la ocurrencia de otros eventos como la aparición de enfermedades oportunistas.

Factores asociados al régimen terapéutico: para Cisneros (2011), la adherencia al tratamiento con antirretrovirales está directamente relacionada con el esquema terapéutico que se prescribe al paciente, cuando este tratamiento es más complicado el nivel de adherencia es menor, el tratamiento puede tornarse engorroso debido al estilo de vida del paciente o a la influencia de los alimentos en la absorción de los fármacos y por ende, interfiere con el efecto terapéutico deseado pudiendo ocasionarse problemas relacionados con los medicamentos, interacciones medicamentosas o reacciones adversas y la presencia de éstos puede ocasionar la disminución de la adherencia e incluso que el paciente deje el tratamiento.

Factores asociados al equipo asistencial y sistema sanitario: según Sánchez (2011) estos factores se dan en un clima de confianza entre el profesional de salud y el paciente, quien va a mostrarse receptivo a toda la

información que le brindan respecto al curso de su enfermedad lo cual incide favorablemente en la adherencia y en la consecución de lograr una mejor calidad de atención asistencial.

Para Alcántara (2008), entre los factores socio económicos y culturales del paciente considera: a) edad, b) género, c) nivel de estudios, d) ocupación, e) situación económica, f) soporte familiar g) domicilio actual h) alteración psicológica, y i) consumo de alcohol y drogas.

Según Rivas (2008), no se ha identificado fehacientemente que uno de estos factores socioeconómicos intervenga en la adherencia al Targa y a pesar de que han sido largamente estudiados no ha podido determinarse el grado de participación en el aumento del grado de adherencia al Tratamiento antirretroviral de gran actividad. Lo que se observe fue que en pacientes varones de mayor edad con acceso al Sistema de salud la adherencia aumentaba.

Peñaherrieta *et al.* (2006), indicaron que algunas investigaciones sobre adherencia al tratamiento antirretroviral han podido determinar la existencia de relación entre adherencia y factores socio económicos del paciente con VIH, como edad, sexo, estado civil, situación económica y psicológica, en contraste con otras investigaciones que si la han relacionado al inicio del Tratamiento antirretroviral de gran actividad y que durante el tratamiento concurren otros factores relacionados con el tratamiento en sí como adicciones del paciente.

Dimensiones de la variable factores socio demográficos asociados a la adherencia

Dimensión 1: Grado de Instrucción

El nivel de estudios o grado de instrucción que tenga el paciente determina como éste capta el conocimiento sobre su enfermedad y que puede darse en tres niveles: (a) El conocimiento sensible, que consiste en captar los objetos por los sentidos, (b) El conocimiento conceptual, por medio de representaciones invisibles, inmateriales, pero universales y esenciales. La diferencia entre ambos niveles se halla en la singularidad y universalidad propia de cada uno, (c) El

conocimiento holístico o intuitivo. La diferencia entre el conocimiento holístico y conceptual está en la carencia de estructuras en el conocimiento holístico.

El conocimiento que tiene el paciente sobre su enfermedad y lo que es el tratamiento antirretroviral desde el punto de vista hospitalario está referido a diversos aspectos como pueden ser: a) problemas relacionados con los medicamentos (PRM); b) conocer las reacciones secundarias que podrían ocurrir; c) conocer la dosis prescrita; d) forma correcta de tomar los medicamentos; e) saber cuánto tiempo va a durar el tratamiento; f) conocer los horarios en que debe ingerirlos y que precauciones debe observar; y, g) saber en qué lugar debe guardar sus medicamentos

Hay varios investigadores que han estudiado que errores a la hora de ingerir los medicamentos han incidido en ingresos a hospitales por reacciones adversas a los medicamentos. Cuando el paciente conoce sobre su medicamento tiene el impulso necesario para aceptar y cumplir con la terapia y lograr el efecto terapéutico deseado, la adherencia al tratamiento conduce al éxito farmacoterapéutico.

Olalla (2012), afirmó que Sheftell concluyó que:

Los pacientes que comprenden su enfermedad y opciones de tratamiento a menudo son más compatibles con los regímenes de tratamiento y los cambios en el estilo de vida necesarios. Esto puede reducir las estancias en los hospitales, las visitas a las salas de urgencias, la duración de las terapias médicas y el coste general del tratamiento. (p. 72).

La intervención farmacéutica es importante para evitar que la farmacoterapia falle, pues el farmacéutico es quien dispensa los medicamentos antirretrovirales en los hospitales y es quien instruye al paciente explicándole como y cuando debe tomar su medicamento, que precauciones debe considerar al ingerirlos, que reacciones adversas y/o secundarias pueden presentarse, aconseja al paciente para que no abandone u olvide tomar sus dosis diarias evitando el fracaso terapéutico. Y en lo que respecta al gasto ocasionado al Estado dado que en nuestro país como en muchos otros países, los

medicamentos antirretrovirales éstos son entregados gratuitamente a los pacientes que los requieran y a los cuales previamente se les haya realizado los exámenes clínicos respectivos, además, no debemos dejar de considerar que el tratamiento de rescate y la disponibilidad de éstos fármacos generan también un mayor costo en el tratamiento, ya que este tratamiento es personalizado de acuerdo al paciente y su historia clínica.

Sobre el nivel de conocimiento también se sabe que los seres humanos tenemos la capacidad de obtener conocimientos en tres niveles diferentes y al mismo tiempo vinculados entre sí como son: (a) El conocimiento descriptivo en el cual empleamos todos los sentidos y de manera especial la vista y el oído, es un conocimiento singular, (b) el conocimiento conceptual o empírico, es decir, intuimos sobre algo sin la claridad debida, (c) el conocimiento teórico o universal que como su nombre lo dice se refiere a lo general e importante, muchas veces este conocimiento es abstracto.

Se consideró:

Educación Primaria

Educación Secundaria

Educación Superior

Educación Técnica

Dimensión 2: Género.

El término género cuando se refiere al ser humano también se conoce como sexo. Ortégó (2011) señaló que:

Esta variable sociodemográfica es una de las más estudiadas y a pesar de que no hay un consenso al respecto diferentes estudios han hallado que la adherencia es mejor en el género masculino. Biológicamente la definición de género es clase o unidad sistémica organizada que agrupa a especies afines así los seres humanos se dividen en femenino y masculino. Esta diferencia puede deberse a los factores hormonales, a las diferencias en el peso, a las diferencias en la absorción y metabolismo. (p. 46).

Se consideró:

Género Femenino

Género Masculino

Dimensión 3: Edad

Se refiere al tiempo de vida de una persona desde el momento que nace hasta la actualidad, en el ser humano se agrupan por períodos que tienen que ver también con la madurez del individuo como la niñez, de la juventud, de la adultez o de la vejez, y otros investigadores prefieren agruparlos por edades denominados grupos etarios y que pueden dividirse por conveniencia al estudio a realizar.

Se consideró:

18 a 30 años

31 a 49 años

50 a más

Dimensión 4: Estado Civil

Conceptualmente es una condición de unión social de una pareja.

Jurídicamente el estado civil es un hecho jurídico complejos que constituye uno de los atributos de la personalidad, este atributo nace, cambia, se mantiene o termina a causa de largos y muchas veces complicados actos jurídicos como el matrimonio o el divorcio.

En el presente estudio se consideran los siguientes tipos de estado civil:

Soltero

Casado

Viudo

Conviviente

Bases teóricas de la variable adherencia

Según la investigación del Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo (2013):

La adherencia de los pacientes con VIH al tratamiento antirretroviral de gran actividad es gravitante en la efectividad del tratamiento y evitar la

aparición de resistencia a los antirretrovirales, infecciones oportunistas, cambios de esquemas de tratamiento, etc. y se aumentarán los gastos en el sistema sanitario porque no existiría la necesidad de comprar medicamentos más caros ni de aumentar costos en hospitalizaciones por las recidivas de la enfermedad, se evitaría también que la calidad de vida disminuya en los pacientes con VIH/SIDA. También diversos estudios han demostrado que cuando el nivel de adherencia al Targa es $< 95\%$ se logra una mayor supresión viral y, por ende, una baja adherencia puede causar aumento de ingresos al hospital por problemas relacionados con el progreso de VIH a SIDA (p.19). Existen estudios que consideran otros factores sociodemográficos como el sexo y el estado civil, pero, que aún no se han demostrado fehacientemente. (p. 20).

Dimensiones variable adherencia

Cumplimiento del tratamiento antirretroviral

Antecedentes de la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral

Interacción médico-paciente

Creencias del paciente

Estrategias para mejorar la adherencia

Adherencia al Targa

Según Ortegó (2011) se va observando que la epidemia del VIH es una enfermedad compleja, de proceso multifactorial, que puede ser mejor entendida dentro de un modelo biopsicosocial. Las Pvv (Personas Viviendo con VIH/sida) deben lidiar con un conjunto de estresores fisiológicos, socioculturales, económicos y psicológicos, que -en conjunto- constituyen una amenaza potencial a su salud física y mental, por lo que se ha llevado a cabo una serie de investigaciones con el objetivo de identificar aquellos factores que se encuentran asociados con esta pandemia, tales como estilos o estrategias de afrontamiento, estados emocionales, apoyo social, rasgos de personalidad y, además, su asociación con la adherencia al tratamiento.

La adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad viene cobrando mayor importancia porque ha permitido valorar la eficacia de este

tratamiento, puesto que cualquier tratamiento farmacológico pierde su importancia si no se siguen las indicaciones no sólo de la dosis a tomar, sino además de las condiciones que se debe observar en la ingesta de los antirretrovirales con lo que puede también inferirse qué adherencia no es igual a cumplimiento de la medicación y es más el compromiso voluntario del paciente para cumplir con el Targa. La falta de adherencia va a llevar al aumento del gasto económico, así como el gasto social.

Muchas veces se utilizan por igual los términos adherencia y cumplimiento, pero ambos son distintos pues el cumplimiento significa cumplir con tomar correctamente los medicamentos, mientras que la adherencia es la actitud del paciente que lo compromete activamente y en forma voluntaria en la prescripción médica eligiendo y manteniendo la terapia, entendiéndose como adherencia a no omitir u olvidar las tomas no disminuirlas, respetar la posología, si la ingestión es con alimentos o no u otros aspectos necesarios para el éxito del tratamiento con el objetivo de impedir la replicación viral. La adherencia al tratamiento contra el VIH reduce drásticamente la resistencia al medicamento. Existen muchos estudios que han demostrado que las adherencias mayores al 95% suprimen adecuadamente el CD4, que la carga viral se vuelve indetectable con una adherencia mayor al 90%, con un 80-90% de adherencia el 61% de pacientes presentan de falla virológica y aumenta a 80% cuando la adherencia es menor a 80%.

En la publicación de la Organización Mundial para la Salud (OMS) del año 2004, *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción*, se amalgaman las definiciones de Haynes y Rand entendiendo como adherencia: El grado en que el comportamiento de una persona se ajusta a tomar los medicamentos, sigue un régimen alimentario y ejecuta cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.

Según Bejarano, *et al.* (2006), de acuerdo con la clasificación de la OMS, la epidemia del VIH en el Perú se encuentra en un Epidemia Concentrada, es decir la prevalencia es mayor del 5 % en grupos de elevada prevalencia de

enfermedades de transmisión sexual y menor del 1 % en gestantes. La mediana de edad del total de casos de SIDA notificados es de 31 años, es decir, que probablemente el 50 % de los casos de SIDA se han infectado antes de los 20 años, por lo tanto, la repercusión futura es que tendremos más mujeres jóvenes contagiadas y sus hijos infectados por ellas.

La adherencia en su definición precisa se refiere al cumplimiento de un tratamiento farmacoterapéutico y para el caso de la adherencia al Targa significa que el paciente cumple correctamente con tomar sus medicamentos de acuerdo con la prescripción médica y según el esquema de tratamiento indicado. En la adherencia el paciente participa motivado directamente a su tratamiento: (1). La adherencia al Targa está relacionada con una carga viral disminuida en los pacientes mejorando la calidad de vida y disminuyendo la morbilidad y mortalidad en este tipo de pacientes, ya que la infección por VIH al atacar varios órganos avanza hasta el SIDA.

De acuerdo con Olalla (2012):

Por ello la falta de adherencia al Tratamiento Antirretroviral debe ser contemplada en el seno de un Sistema Público de Salud como un problema de ineficiencia que impide alcanzar la efectividad clínica ya que puede conseguirse con los recursos que se disponen para el tratamiento de la infección por el VIH. (p. 97).

La adherencia al Targa constituye una parte fundamental en esta terapia ya que si ésta es mayor al 95% puede conseguirse disminuir permanentemente el nivel del Ácido ribonucleico del Virus de inmunodeficiencia adquirida (ARN-VIH) en plasma, elevando al mismo tiempo la inmunidad del paciente e impidiendo que el VIH se expanda en el organismo. La adherencia es el grado de interacción entre los servicios de salud y el usuario que contribuya al cumplimiento del tratamiento las indicaciones terapéuticas para la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad en una comunidad determinada, el cual debe ser mayor al 95%". El hecho de que un paciente asista puntualmente a la visita médica y a las citas de dispensación en el servicio de farmacia hace pensar en la persona con buena adherencia. Por otra parte, no acudir cuando corresponde a recoger la

medicación es indicativo de mal cumplimiento. Sin embargo, como excepción, hay que tener en cuenta a aquellos pacientes que puntualmente obtienen el suministro desde, otro hospital o que comparten la medicación con algún otro miembro de la familia.

Para Delgado y Alegre (2011):

Es fundamental comprender que la adherencia al tratamiento depende del comportamiento del individuo (lo que hace y deja de hacer) en función de los objetivos terapéuticos, y que por lo tanto tendrá influencia directa sobre su salud y su calidad de vida. Pero a este principio hay que agregarle otros elementos (denominados aquí como “factores” del individuo, de la enfermedad, del contexto y de su interacción) importantes para comprender de manera funcional, cómo, cuándo, por qué y para qué se desarrolla el comportamiento de adherencia. (p. 8).

Asimismo, Olalla (2012) opinó que “es necesario diferenciar entre los términos “adherencia” y “cumplimiento” ya que existe una diferencia significativa entre ellos” (p. 78).

El Informe de la Organización Mundial de la Salud (2003), aclaró que la diferencia principal es que la adherencia requiere del consentimiento del paciente en cuanto a las recomendaciones, por lo que es necesario que los pacientes colaboren activamente con los profesionales de la salud en sus propios cuidados y el cumplimiento implica conseguir que el paciente siga las instrucciones del médico.

Tafur (2010) consideró que la adherencia ha ido variando en su definición a lo largo de los años, este término tiene en inglés su equivalente en el vocablo inglés “compliance” que traducido al español significa obediencia, acatamiento. Lo contrario es no cumplimiento al o “non compliance” que definiría el rechazo a lo indicado por el médico. La adherencia en un sistema sanitario significa el nivel de cumplimiento de la prescripción médica por parte del paciente e incluso cambios en las costumbres de alimentarse, descansar de acuerdo con el esquema de tratamiento farmacológico indicado. Lo que hace diferente el cumplimiento de la

adherencia es que en la adherencia el paciente asume consigo mismo el cumplir con todas las indicaciones del médico respecto a la toma de sus medicamentos y los cuidados que debe tener para con su persona e implícitamente, una buena comunicación con el personal sanitario, con este cumplimiento el paciente reduce las probabilidades de fracaso terapéutico, al sistema de salud le genera un gasto eficiente y aumenta su calidad de vida relacionada a su salud.

Factores relacionados con la adherencia al Targa

De acuerdo con las Recomendaciones Gesida/Pns para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral (2008), existen varios factores predictores de la adherencia con parámetros que dificultan uniformizar los resultados logrados en varios trabajos de investigación, sin embargo, los clasifica en tres grandes grupos: (a) relacionados con el paciente; (b) relacionados con el tratamiento y c) relacionados con el sistema y equipo sanitario (p.5). También, indica que deben considerarse otros factores que involucran al sistema de salud como son: (a) facilidad de acudir al centro de salud; (b) rapidez en movilizarse desde su domicilio o trabajo al centro de salud; (c) en el caso de las pacientes que son madres la accesibilidad al uso de guarderías para sus niños y; (d) que los horarios de atención en los centros de salud les permitan acudir a ellos.

Pinzón (2011), indicó que:

Hay factores de índole socioeconómicos que actúan directamente sobre la adherencia como el bajo poder adquisitivo, no poseer adecuados niveles de instrucción, no contar con un trabajo estable, que el centro de salud no está lo suficientemente cerca del domicilio del paciente que a la vez encarece el transporte, las creencias sobre la enfermedad y el tratamiento, también influyen razones de tipo raciales, la edad del paciente, el tema familiar respecto al estado civil del paciente. (pp. 61-62).

Se han identificado cuatro tipos de factores relacionados con la adherencia al Targa:

Que involucran al paciente y su entorno socioeconómico. Entre los cuales están la edad, sexo, nivel cultural, economía, domicilio accesible al hospital,

problemas psicológicos que lo alteran, adicciones, discriminaciones que muchas veces sufren los pacientes con VIH.

Relacionados con la enfermedad como reacciones adversas, enfermedades oportunistas. Desconocimiento sobre el medicamento, sobre como adquirió la enfermedad y como puede contagiarla.

Número de dosis en el tratamiento farmacoterapéutico. Hay varios estudios en los cuales se ha investigado que a mayor número de medicamentos y de dosis la adherencia es más baja.

Relación paciente-equipo sanitario-sistema de salud, debe ser una relación empática, de confianza y credibilidad.

La adherencia al tratamiento antirretroviral puede definirse como la habilidad de la persona Vih/sida en la elección, comienzo, manejo y mantenimiento de la combinación farmacológica con el fin de controlar la replicación viral del virus y mejorar su sistema inmune. Si la adherencia es óptima el tratamiento antirretroviral es eficaz, disminuiría la aparición de virus resistentes al tratamiento antirretroviral y se evitaría la falla terapéutica.

Diversos estudios han demostrado que adherencias superiores al 95% logran suprimir adecuadamente la carga viral; así también, se ha comprobado que se obtienen cargas virales indetectables en el 81% de los pacientes cuya adherencia se encuentra por encima del 90%; que la falla virológica se presenta en 61% en los pacientes cuya adherencia es del 80-94% y que la falla virológica se incrementa a 80% para adherencias menores de 80%. Debido a que la adherencia al tratamiento es un fenómeno vinculado al ser humano en su integridad son muchos los factores que están relacionados a la adherencia al Tratamiento antirretroviral de gran actividad.

La adherencia es una consecuencia de varios procesos que ocurren luego de que al paciente se le diagnostica como paciente con VIH, estos procesos son los siguientes: a) aceptación del diagnóstico; b) percepción de cumplir correctamente con el tratamiento; c) estar motivado para hacerlo; d) actitud y

habilidad para cumplir con el tratamiento; e) vencer cualquier obstáculo que aparezca; y, f) no claudicar en mantener el tratamiento largo.

Evaluación de la adherencia

La Organización panamericana de Salud (2011), consideró que “es imprescindible evaluar correctamente la adherencia para conseguir la efectividad y eficiencia del tratamiento farmacoterapéutico. Lo ideal sería que todo instrumento de medición pueda ser válido, confiable, sensible, reproducible, rápido y económico” (p. 11).

Utreras (2015), afirmó que “para medir la adherencia hay varias maneras siendo que cualquiera que sea deberá ser específica, sensible, reproducible, rápida y económica; que pueda ser utilizada en diferentes centros sanitarios” (p. 46).

De acuerdo con Morales, *et al.* (2002), la terapia antirretroviral de gran actividad es “una terapia con resultados visibles en un largo tiempo por lo que es imprescindible monitorizarla para mantener la adherencia en un óptimo nivel y lograr la efectividad de este tratamiento” (p. 189).

En las recomendaciones Gesida/Pns para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral (2008), se consideró que la evaluación de la adherencia debería realizarse con un método de alta resolución que otorgue confiabilidad en la cuantificación del grado de adherencia además de fácilmente reproducirse en diferentes situaciones y que al mismo tiempo no sea muy oneroso. Partiendo de esta premisa la evaluación de la adherencia puede hacerse directa e indirectamente.

Método directo.

Concentraciones plasmáticas de fármacos antirretrovirales. En este estudio proponen que este método directo a pesar de su objetividad tiene diversos sesgos pues inclusive empleándolos han encontrado en plasma niveles bajos de antirretrovirales en paciente de adherencia baja que contradice el análisis realizado a los cuestionarios empleados para medir el grado de adherencia en los pacientes y viceversa. Consideran que la cinética de los antirretrovirales está

sujeta a los diferentes condicionantes que presenta cada paciente, haciendo difícil encontrar el punto a partir del cual se determina que el paciente es adherente o no adherente, por lo que deberían realizarse varias pruebas para cada uno de los medicamentos administrados elevando el costo de este método convirtiéndolo en muy caro para un centro de salud especialmente público.

Método indirecto.

Alvis, *et al.* (2007) considera como métodos indirectos a los siguientes:

Valoración del profesional sanitario. Consideran que el personal de salud no evalúa objetivamente al paciente sobreestimando el nivel de adherencia al compararla con los resultados de otros métodos con lo cual también se desperdicia la oportunidad de realizar intervenciones para lograr una mejor adhesión.

Sistemas de control electrónico de apertura de los envases (MEMS) también conocido como microprocesadores. Este método indirecto se realiza al abrir los envases de medicamentos, esos envases son especiales con un microprocesador (MEMS) con el cual se registra el día y la hora en que se abre el envase y se presume, se ingiere el medicamento. Todos estos registros se analizan y se comprueban la fiabilidad del método, así como también puede determinarse si el tratamiento es efectivo. El principal problema de este método es lo caro que resulta el adquirir los microprocesadores (MEMS).

Recuento de medicación. Es de bajo costo económico, cuantifica la adherencia y relativamente, fácil de realizarlo, se calcula con la siguiente fórmula:

$$\% \text{ adherencia} = \frac{\text{n}^{\circ} \text{ unidades dispensadas} - \text{n}^{\circ} \text{ unidades devueltas}}{\text{n}^{\circ} \text{ unidades prescritas}} \times 100$$

Las principales dificultades que se tiene en aplicar este método es lo engorroso que resulta para el personal sanitario el recontar los medicamentos devueltos pues exige mayor empleo de personal y de tiempo; y puede ocasionar

molestias en el paciente., además, se presta a ser manipulada y, por tanto, tiende a no ser objetivo y dar valores irreales del grado de adherencia de los pacientes al tratamiento antirretroviral de gran actividad, sin embargo, por su facilidad muchas veces sirve de modelo

Registros de dispensación. Con este método se asume que un paciente no ingiere los antirretrovirales que no le son entregados en la Farmacia y sólo ingiere la que se le dispensa. La aplicación de este método ha demostrado relación con los valores virológicos esperados además de ser sensible y específico siempre y cuando se centralice la dispensación. Los detractores a este método opinan que es limitado pues dispensar los antirretrovirales no necesariamente significa que se cumpla con las indicaciones de su prescripción e incluso, hasta puede haber la posibilidad de que los pacientes compartan sus medicamentos. La adherencia se calcula de acuerdo con el tiempo de demora en recibir la dispensación o de cantidad de medicamentos entregados, pudiendo realizarse por cada medicamento o por todos en conjunto, aplicando la siguiente fórmula:

$$\% \text{ adherencia} = \frac{\text{nº unidades galénicas totales dispensadas}}{\text{nº unidades galénicas totales previstas}}$$

Este método puede aplicarse con bastante éxito en los países en los cuales estos antirretrovirales se entregan en la farmacia de un establecimiento de salud público, pues su bajo costo permite organizarlo de manera habitual y luego, ingresarlo en un sistema informático para analizar los datos encontrados.

Cuestionarios. En este método indirecto el paciente debe contestar un cuestionario que fue diseñado específicamente para medir la adherencia, es un método fácil de realizar y de bajo costo económico. Las respuestas a los cuestionarios nos dan una adherencia auto referida que se relaciona con la efectividad de los fármacos. Los resultados son mejores cuando se evalúan períodos cortos. Se han aplicado variados cuestionarios validados para medir la adherencia y se recomienda que se realicen informando al paciente de la confidencialidad de la información que nos brinda el paciente. Los cuestionarios deben necesariamente: (a) valorar cualitativamente la variable adherencia cuando

se refiere a la conducta del paciente versus la cuantificación, (b) la variable adherencia debe clasificarse como continua o dicotómica, y (c) período de evaluación en España se han validado varios cuestionarios como el Adherence questionnaire conocido por sus iniciales SMAQ.

Combinaciones de métodos. Todos los métodos indirectos subestiman el grado de adherencia valores. Por lo que se recomienda que se combinen con los métodos directos para poder evaluar lo más exacto posible. Así recomiendan que se combine el cuestionario validado con el registro de dispensación trimestral y si el estudio es clínico sería preferible emplear el sistema de microprocesadores.

Según Ortegó (2011), la adherencia puede evaluarse de dos maneras: a) directa, cuando en el plasma, saliva u orina puede determinarse directamente el antirretroviral administrado; y, b) indirecta, como son:

Entrevista con el paciente: se realizan preguntas sencillas fundamentalmente por la confianza mutua y habilidades de comunicación del entrevistador tratando de que el paciente sea sincero en sus respuestas e indique si ha olvidado, omitido o confundido su medicación y explique sus motivos.

Cuestionario estructurado: se entrega al paciente una encuesta o cuestionario sobre adherencia para luego procesar los datos recolectados con ayuda de métodos estadísticos. Este cuestionario también es conocido como autoinforme e implica menor gasto en su realización, es más fácil de hacer, sin embargo, este método no mide la adherencia en un tiempo real pudiendo afectarse los resultados. Hay diversos cuestionarios validados como el Adherence questionnaire, Cuestionario de Evaluación de la Adherencia al Tratamiento Anti-Vih, etc.

Registro de dispensación de antirretrovirales, los cuales se realizan en los servicios de farmacias hospitalarias y que son registrados diariamente, pero ello no asegura que se cumplan con las indicaciones respecto a la ingesta de los antirretrovirales.

Recuento de antirretrovirales dispensados sobrantes, la cual es muy rara ya que por lo general el paciente no devuelve sus medicamentos sobrantes.

Carga Viral, aunque muchas investigaciones han evidenciado relación entre la disminución de la carga viral y una Buena adherencia al tratamiento antirretroviral, esto no asegura que el aumento de la carga viral se deba necesariamente a una adherencia baja ya que también debería considerarse que el esquema empleado no sea el adecuado.

Datos analíticos, que pueden obtenerse de los exámenes rutinarios que debe realizarse el paciente y que nos indicarían que no se está cumpliendo con el tratamiento, por ejemplo, la ingesta de zidovudine eleva el volumen corpuscular medio, la didanosina incrementa el nivel de ácido úrico, y si luego del examen se observa que no hay variación en los valores de estos parámetros señalados, podría presumirse que no se está cumpliendo adecuadamente con el tratamiento antirretroviral y por tanto, existiría una baja adherencia. (pp. 39-43).

Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Según Ortegó (2011), en la investigación titulada *Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran actividad*, indico que en la familia retrovirus hay una gran variedad de virus que producen igualmente variedad de enfermedades, pero mantienen similitud en cuanto a estructura, genoma y forma de replicación, entre los cuales se hallan los lentivirus que como su nombre lo dice ataca lentamente a la célula huésped. En el hombre se han encontrado dos tipos de lentivirus como son: el VIH-1 y el VIH-2, de los cuales el más conocido es el VIH debiendo también mencionarse que a su vez este tipo de VIH-1 tiene sub-tipos que son característicos en determinadas regiones geográficas del planeta y debido, a que constantemente la población viaja de un lado a otro del mundo se están originando infecciones mixtas de estos sub tipos de VIH-1 que sumado a las diferentes razas del mundo se han originado mutaciones del VIH-1 que han provocado resistencias a los medicamentos antirretrovirales con mayor fuerza impidiendo que éstos actúen y que la infección de VIH avance a Sida; en los

retrovirus se da la transcripción genética del Ácido Ribonucleico (ARN) al Ácido Desoxirribonucleico (ADN) del huésped por medio de la enzima transcriptasa inversa, la cual ocasiona alta mutabilidad en el virus.

Para Sánchez (2010):

El Virus de Inmunodeficiencia Humana denominado VIH cuando infecta el organismo humano disminuye su sistema inmunológico, al atacar a los linfocitos o glóbulos blancos denominados células blancas o linfocitos CD-4. El VIH es un virus que está clasificado dentro del género Lentivirus que a su vez pertenece a la familia Retroviridae. La característica principal que tienen los Lentivirus es el de infectar un organismo incubándose dentro de él por largos años en que recién aparece la enfermedad. El VIH está compuesto de una cadena simple o monocatenario de Ácido Ribonucleico (ARN) y de la enzima transcriptasa inversa, cuando ingresa al organismo esta enzima transforma el ARN viral en una cadena doble de Ácido Desoxirribonucleico (ADN) y por transcripción inversa se acopla específicamente con el ADN de los linfocitos CD4 del organismo infectado pueden ocurrir dos eventos: que el virus entre a un período de latencia y aparentemente el organismo mantiene la normalidad de sus funciones o, que el virus empiece su replicación rápidamente liberando viriones e infectando otras células. (pp. 22-23).

Tafur (2010), en su estudio sobre adherencia define al Virus de la Inmunodeficiencia humana (VIH) y sus sub tipos (Vih-1 y Vih-2) como retrovirus causante del Sida. Esta familia vírica está ligada a enfermedades de inmunosupresión o del sistema nervioso central que transitan lentamente en el organismo humano huésped de este virus hasta que se visualicen los síntomas. En sus inicios esta enfermedad según investigaciones epidemiológicas moleculares se transmitió de los primates no humanos a los seres humanos probablemente por exposiciones a la sangre simiana y fue cuando se dieron todas las condiciones necesarias para la dispersión del virus de inmunodeficiencia humana, llamando mucho la atención el hecho que los simios hayan desarrollado resistencia a este virus. El virus de la inmunodeficiencia humana posee un genoma con dos moléculas de ácido ribonucleico de cadena

simple y enzimas como la transcriptasa reversa, la proteasa, ribonucleasa e integrasa que intervienen en la replicación viral.

Asimismo, Tafur (2010), indicó que la infección por el VIH está relacionada al ciclo de vida del virus, al ambiente del organismo infectado y la cantidad de virus que tiene el organismo huésped. Este ciclo comprende: a) Fusión; la infección por el VIH ingresando a las células con receptores CD4 que están presentes en un 60% de los linfocitos T, fusionándose en estos receptores. También se han detectado que una gran parte de individuos con defectos genéticos en las citoquinas son resistentes a la infección por el Vih-1. Luego de la fusión del virus con el receptor CD4 se libera el ARN viral dentro de la célula huésped, b) Transcripción Inversa en la cual participa la enzima viral transcriptasa reversa que al actuar en la replicación viral origina una cadena doble de Ácido Desoxirribonucleico (ADN), c) Integración; el ADN viral entra al núcleo de la célula huésped en donde la integrasa que es una enzima viral esconde al ADN viral dentro del ADN del huésped en una integración cuyo resultado es el provirus que puede estar inactivado por largo tiempo sin desarrollarse la enfermedad, 4) Transcripción, se activa el provirus con la polimerasa del ARN creando copias del genoma del VIH y también segmentos cortos llamados ARN mensajero que a su vez va a ser el molde para producir más cadenas largas de proteínas del VIH, 5) Ensamblaje, la proteasa viral divide estas largas cadenas virales proteicas en cadenas cortas individuales, ensamblándose a cada nueva partícula viral, 6) Gemación, el virus ensamblado ocupa la mayor parte de la capa externa de la célula, apareciendo las glucoproteínas del VIH que son necesarias para que el VIH se una al CD4 y a los co-receptores. Finalmente, estas copias infectan a otras células.

De acuerdo con Tafur (2010), indicó que la infección aguda por el VIH facilita que la cantidad de Linfocitos TCD4 baje de manera que aparezcan las enfermedades oportunistas que acompañan a la infección por VIH cuando se dan estas circunstancias. En la infección aguda por el VIH se destruyen linfocitos TCD4 principalmente de los tejidos linfoides del intestino. Luego, de la incubación que ocurre después de la exposición a este virus la mayoría de las personas infectadas con el VIH cursan una sintomatología similar a un proceso gripal con

fiebre, rash maculopapular, además de úlceras orales, linfadenopatía, faringitis, pérdida de peso, meningitis aséptica y mialgia. Y es en este período en el cual la persona infectada tiene mayores probabilidades de contagiar a otras pues son altos los niveles de VIH tanto en sangre periférica como en secreciones genitales. Así la infección va progresando entrando a una fase latente que puede durar años, pero se mantiene en la replicación viral promoviendo el origen de nuevas cepas del virus como efecto de la mutación constante del VIH. En tanto, el desarrollo al SIDA se originará cuando un importante número de células TCD4 se destruyen y la producción de nuevas células TCD4 no equiparan a las que se destruyen, la inmunidad falla y se da el SIDA clínico. Esta etapa se alcanza después de varios años de que empezó la infección y se acompaña de una o más infecciones oportunistas típicas. La sobre infección por VIH puede presentarse porque concurren al mismo tiempo infecciones por subtipos de VIH distintos a la que origina la infección y que afecta el transcurrir de la enfermedad, el tratamiento y la evolución viral; esta sobreinfección se da especialmente cuando se interrumpe el tratamiento y puede ser controlada por el riesgo de exposición, comportamiento de riesgo y prevalencia de VIH.

La transmisión del VIH solamente ocurre si hay contacto con fluidos corporales con alta carga viral y son tres formas en que puede ocurrir:

Transmisión sexual, con las relaciones sexuales sin protección. Esta transmisión es al contacto con la mucosa genital, rectal u oral con la persona infectada.

Transmisión sanguínea, por el empleo de jeringas contaminadas con el VIH, transfusiones de sangre contaminada i productos derivados de la sangre por exposición accidental en los trabajadores de salud.

Transmisión de madre a hijo, ya sea en el periodo de lactancia materna, durante el parto o en el último período del embarazo. A esta transmisión se le denomina también transmisión vertical y se adoptan las medidas necesarias para que esta transmisión no ocurra.

La terapéutica empleada para los casos de infección por VIH/SIDA de la misma manera que en otras patologías crónicas considera: el adecuado control etiológico, autoprevención e intervención oportuna a las reacciones adversas o problemas relacionados con el medicamento. La infección por VIH tiene varias etapas que se denominan síntomas clínicos, cuando no se da el tratamiento antirretroviral el virus se replica en los linfocitos TCD-4, pudiendo estar en período de latencia por varios años, atacando y destruyendo el sistema inmune del organismo portador de VIH progresando a la enfermedad llamada Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), empiezan a aparecer las enfermedades oportunistas y llegar a la muerte. Para esta infección el factor etiológico se mide con la carga viral de Linfocitos en sangre denominada CD4, los antirretrovirales que se emplean para VIH/SIDA tienen como objetivos la reducción del CD4 y el aumento del número de linfocitos. Cuando se administran los antirretrovirales el efecto de este tratamiento se miden considerando: a) la población de linfocitos TCD4/ml, empleando la citometría de flujo; y, b) la cuantificación de la carga viral o CD-4 en copias/ml, mediante PCR cuantitativa.

Una vez que los científicos consiguieron saber cómo era el virus del VIH y cómo este se multiplicaban empezaron a estudiar todo el ciclo vital a fin de poder determinar en qué punto podían impedir que se repliquen y por ello, analizaron su ARN identificando en qué momento se convierte en ADN y así poder ingresar y atacar el organismo humano determinando que es la enzima transcriptasa inversa la responsable de esta transcripción, para lo que se sucedieron diversos ensayos clínicos incluso con pacientes que tenían SIDA administrándoles la zidovudina (AZT) que inhibe a la enzima transcriptasa inversa, siendo aprobado por la FDA en 1987. Los resultados positivos hicieron que se sucedieran diversos ensayos clínicos con seguimiento de dos años para con pacientes con VIH incluso con los que no tenían esta enfermedad, aunque portaban el virus del VIH, concluyéndose que para Ppvs con carga viral (CD4) menor a 500 células este tratamiento hacía que la enfermedad tenga progresión lenta respecto a los Ppvs que no la tomaban, aunque no aumentaba el tiempo de supervivencia, mientras esto sucedía en EE.UU. en Europa se postulaba que los dos años de seguimiento eran insuficientes y no se podía certificar que eran mayores los beneficios a los riesgos que conllevaba la ingesta del AZT en las dosis prescritas ya que luego de tres

años de seguimiento alrededor del 18% de esos pacientes habían desarrollado el SIDA o habían fallecido, deduciendo que esta situación se debía a que solamente se administraba el AZT. A inicios del 90 al estudiarse las enfermedades oportunistas que se presentaban en éstos paciente se autorizaron drogas denominadas antirretrovirales contra el VIH, como la Didanosina o ddl, el 3TC que contiene Lamivudina y la D4T o estavudina. Al contarse ya con el AZT y la ddl se pudo también realizar estudios clínicos con biterapias para el tratamiento del SIDA.

Los Inhibidores Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa (INTR) evitan que el virus del VIH se replique en el organismo infectado al impedir que el ARN se convierta a ADN al transcribirse la información genética. Se notó que el tiempo de vida se prolongaba en los pacientes que recibieron tratamiento antirretroviral versus los que no lo recibieron, pero al mismo tiempo también aparecieron virus resistentes al AZT en algunos casos y este fármaco no eran metabolizadas en el hígado y aparecían cuadros clínicos raros y mortales debido a que el tejido hepático se iba necrosando, en este grupo se incluyen: Zidovudina, Lamivudina, Estavudina, Didanosina que pueden originar una condición clínica rara pero fatal: Acidosis Láctica y Esteatosis Hepática.

Luego, apareció el Inhibidor Análogo Nucleótido de la Transcriptasa Reversa con un comportamiento similar a la transcriptasa reversa, en la actualidad la única droga conocida de esta clase es el Tenofovir con efectos adversos en el riñón. Después se empezaron a usar los Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa (InNTR) como la Nevirapina, Delaviridine y Loviridine, que, aunque inhibe la misma enzima tiene mucha probabilidad de generar resistencias cruzadas entre el Efavirenz y la Neviparina, interactuando con cualquier otro fármaco que también se esté administrando ya que son metabolizados en el hígado y que pueden producir rash. También están los Inhibidores de Proteasa (IP) que actúan inhibiendo la proteasa del virus de inmunodeficiencia humana impidiendo así la replicación viral. Estos antirretrovirales pueden ocasionar problemas gastrotintestinales, en esta clase tenemos al Indinavir, Lopinavir / Ritonavir y Nelfinavir.

También se emplearon drogas para enfermedades oportunistas como es el interferón que actuaba contra el Sarcoma de Kaposi el Ganciclovir contra el citomegalovirus. Lamentablemente, a pesar de estos avances aún era insuficiente el tratamiento para el VIH ya que esta enfermedad avanzaba y se propagaba. Posteriormente ya para 1996 se desarrollaron más fármacos como el Saquinavir. Y dentro de este contexto también aparecieron los Inhibidores de la Fusión que constituye la última clase de antirretrovirales hallados siendo el Enfuvirtide el único antirretroviral de esta clase que se encuentra disponible y que solamente se emplea cuando los esquemas previos empleados no han dado los resultados terapéuticos deseados. El Enfuvirtide es de administración subcutánea.

El SIDA es la fase crítica de la infección por VIH pues el sistema inmunológico del organismo infectado no responde a ninguna enfermedad sus linfocitos TCD4 perdieron la capacidad de enfrentarse al VIH. Entre las enfermedades oportunistas que aparecen están el Sarcoma de Kaposi, la tuberculosis, la candidiasis. Solamente con la terapia antirretroviral el tiempo de sobrevivencia de los pacientes con SIDA no es de más de tres años, pero actualmente con el Targa han podido controlarse a pacientes en fase crítica, aumentando la supervivencia. Lamentablemente, el VIH posee una gran facilidad para reproducirse (hasta 10 billones de copias por día) y mutabilidad haciendo perder efectividad al tratamiento exponiendo nuevamente al paciente a las enfermedades oportunistas y a la muerte.

Pruebas de diagnóstico para el VIH.

Para Tafur (2010) los anticuerpos específicos para VIH que se originan prontamente que se infecta el ser humano, pero no son muy perceptibles en algunos exámenes. Con los más modernos exámenes para diagnosticar el VIH pueden detectarse en la mayoría de los casos 1.5 a 3 meses luego de producirse la infección. Cada vez se formulan nuevos procedimientos para diagnosticar precozmente la infección por VIH. Así tenemos:

Diagnóstico por anticuerpos al VIH, que requiere dos pruebas: una es el cribado (test de screening) y, un examen confirmatorio al examen de Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay(ELISA) que es una prueba por

inmunoabsorción ligado a enzimas. Estos exámenes se basan en la reacción específica de antígeno-anticuerpo. No se emplean mucho en la detección temprana de VIH ni tampoco para la infección en los recién nacidos de mujeres VIH positivas pues la placenta transfiere anticuerpos maternos que se mantienen más de un año después del parto.

Pruebas confirmatorias Western Blot (WB), con el que si se confirma el ELISA que anteriormente dio positivo, es una prueba de alta sensibilidad y especificidad. (pp. 18-21).

Con lo que podemos considerar que para diagnosticar la infección por VIH se emplea la determinación de anticuerpos contra el virus (Test de Elisa), y si esta determinación arroja positivo se realiza comúnmente un examen confirmatorio llamado Western Blot.

Tratamiento antirretroviral de gran actividad (Targa)

Pacífico y Gutiérrez (2013) definieron que el tratamiento antirretroviral de gran actividad es:

La terapia con tres o más antirretrovirales para lograr la mayor supresión de la carga viral casi llegando a hacerla indetectable logrando que los pacientes con VIH/SIDA puedan recuperar inmunidad. El empleo del Targa ha conseguido el costo beneficio esperado, es decir, disminuir la mortalidad. La estancia hospitalaria, la aparición de enfermedades oportunistas y especialmente, una mejor calidad de vida de estos pacientes. Pero, esto no significa que ya tenga cura, sino más bien que es un tratamiento que deberá seguirse toda la vida y el éxito o fracaso de este tratamiento se basa en que nivel de adherencia tiene el paciente con VIH, un nivel óptimo de adherencia al Targa lleva a que esta terapia sea eficaz pero, es necesario que el paciente comprenda que la adherencia debe ser permanente que en ningún momento puede bajar la guardia pues habrían consecuencias funestas como virus resistentes al Targa y fracaso terapéutico. (p. 67).

Tafur (2010) señaló que situaciones como el costo alto de los medicamentos, el sistema sanitario sin fortalezas y baja financiación evitaban que los antirretrovirales al 2003 se empleen en las naciones con baja o mediana economía. Años después los gobiernos pusieron mayores énfasis en sus políticas de salud respecto a esta enfermedad con lo se ha conseguido que crezca esta terapia con antirretrovirales de gran actividad.

Según Ortégó (2011), en su estudio *Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de gran actividad*. Un metanálisis, el primer fármaco antirretroviral inhibidor de la enzima transcriptasa inversa empezó a usarse en 1987 y fue la zidovudina o AZT, en unidosis para pacientes con VIH, este fármaco no cumplía terapéuticamente con lo esperado y, además, mutaba muy rápido produciendo resistencia, lo que indujo a los investigadores a buscar nuevos medicamentos que puedan disminuir rápidamente la carga viral y al mismo tiempo, reduzcan también la replicación y mutabilidad. En el año de 1996 se inició el tratamiento antirretroviral con la combinación de fármacos que inhibían la proteasa que era la enzima que replicaba el virus del Vih dentro de la célula huésped, es así como se incluyó esta terapia denominada en inglés; Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) o tratamiento antirretroviral de gran actividad o Targa.

El Targa consta de varios esquemas de tratamiento que demostraron efectividad contra la infección de VIH pero refiriéndonos solo a los países especialmente de Europa y Norteamérica, más en América Latina y Centro América era otro el panorama en el 2009, lo que hizo que varios países reestructuraran los programas que habían implementado contra el VIH a fin de que la crisis que se vivía por esos años en dichas naciones no afectarán los Objetivos del Milenio que eran la globalización de este tratamiento.

En el Perú desde el año 1995 el Plan Nacional sobre el sida (PNS) se encargan de actualizar anualmente las “Recomendaciones de tratamiento antirretroviral en el adulto” las cuales se editan en una revista llamada Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. En nuestro país desde el 2004 el Ministerio de Salud reglamento el otorgamiento gratuito de este tratamiento a los pacientes que cumplan don el criterio de inicio de tratamiento.

Asimismo, Ortegó (2011) desde 1996 en que se inicia el Targa señala que son tres los fármacos antirretrovirales que combinándose suprimen al máximo la carga viral reduciendo la mortalidad, morbilidad, enfermedades oportunistas, estadías hospitalarias caras, mejorando la calidad de vida del paciente infectado. Incluso, esta calidad de vida significa la oportunidad de vivir de manera similar a las personas no infectadas. El Targa cuando suprime la carga viral la hace indetectable llevando a la restauración inmunológica de los pacientes con VIH/SIDA. Los beneficios son también económicos, pero al no haberse aún encontrado la cura a esta enfermedad, el tratamiento es de por vida y el éxito terapéutico se debe básicamente a la adherencia. Por lo general y de acuerdo estudios de cinética celular durante el primer año de Targa debería observarse un incremento de 50-100 linfocitos CD4. El tratamiento antirretroviral de gran actividad combina tres fármacos antirretrovirales para controlar la cantidad de VIH en la sangre y mejorar la inmunidad del organismo. Estos medicamentos son: Zidovudina, Lamiduvina y Nevirapina, lo más usual es que prescriban una combinación de dos inhibidores de la transcriptasa reversa y un inhibidor de la proteasa. (2 INTR + IP). Son cinco las clases de antirretrovirales empleados actualmente:

Inhibidores Nucleósidos de Transcriptasa Inversa o Reversa que inhiben la actividad de la proteína transcriptasa inversa del VIH impidiendo que el VIH se autocopie. La mayor parte de los esquemas contienen por lo menos dos de estos medicamentos.

Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Inversa o Reversa, detienen la duplicación del VIH dentro de las células.

Inhibidores de la Proteasa, bloquean la acción de la enzima proteasa, fraccionando específicamente las cadenas proteicas de la estructura del VIH y que son imprescindibles para una copia nueva del VIH. El cuarto grupo de antirretrovirales está compuesto por los inhibidores de la entrada, que incluyen a los inhibidores de la Fusión. Los inhibidores de la entrada previenen el ingreso del VIH a las células inmunológicas humanas.

Inhibidores de la fusión o inhibidores de la entrada, estos inhibidores evitan que ingrese el VIH a los linfocitos T.

Inhibidores de la integrasa, está constituido por el Raltegravir que actúa inhibiendo la enzima integrasa del VIH que tiene por función insertar la carga genética viral en las células humanas. (pp. 34-35).

Según Tafur (2010), el cambio de esquema terapéutico obedece a razones como: toxicidad de los medicamentos antirretrovirales, intolerancia a estos fármacos y baja adherencia. Cuando el esquema falla puede ocurrir:

Falla virológica si la carga viral es de 400 copias/ml o más, luego de seis meses de iniciado el tratamiento y si en ese período de tiempo el valor de la carga viral llega a 50 copias/ml debe cambiarse el esquema terapéutico. Falla inmunológica, si no se aumenta el CD4 de 25 a 50 células/mm³ sobre el valor basal del primer año o disminución en el CD4 bajo el valor basal en tanto se toman los antirretrovirales.

Falla clínica: cuando después de tres meses de iniciado el tratamiento antirretroviral concurre o vuelven a aparecer enfermedades oportunistas que equivalen a que la respuesta inmunológica del paciente no ha mejorado. (pp. 37-38).

Sánchez (2010), indicó que para un cambio de esquema terapéutico del Targa se deben considerar: a) el fracaso terapéutico, b) problemas relacionados con el tratamiento antirretroviral prescrito como toxicidad, c) adherencia inadecuada o baja y; d) pasar de un esquema terapéutico multidosis a uno más fácil de cumplir. Además, determinar que el Targa ha fracasado en determinado paciente lleva a analizarlo desde tres ángulos: clínico, inmunológico y virológico considerando a este último como el determinante para el cambio que debe efectuarse lo más pronto posible para minimizar cualquier mutación del virus que incremente la carga viral dificultando que el cambio de esquema sea exitoso.

Para iniciar o cambiar el tratamiento antirretroviral de gran actividad es necesario conocer la carga viral en copias de ARN/ml, el conteo total de células CD4, que es el número de células infectadas por el virus que hay en la sangre y la situación clínica en que se encuentra el paciente. Cuando el VIH se multiplica, no todas las copias son idénticas al original, es decir ocurren mutaciones las cuales a su vez también se multiplican en tanto se está con el tratamiento haciendo que el tratamiento no sea efectivo. Es decir, hay resistencia al medicamento creyéndose que esta resistencia va a ser para todos los antirretrovirales.

Con el tratamiento antirretroviral de gran actividad se desea lograr la reducción en 10 veces del valor plasmático de carga viral (CD-4) en el período de 1 a 2 meses. Las guías internacionales recomiendan que el Tratamiento antirretroviral de gran actividad se inicie en: (a) Pacientes que presentan síntomas independientemente de su CD4 Y de su carga viral;(b) pacientes que presentan un CD4 <200 cels/ul, sin tener en cuenta la carga viral o si son asintomáticos.

Objetivos del tratamiento antirretroviral de gran actividad

Según Tafur (2010), el Targa tiene como objetivos primordiales:1) disminución de la morbilidad asociada al VIH y lograr prolongar el tiempo de vida del paciente,2) que la calidad de vida sea más digna, 3) que la inmunidad del paciente mejore, se recupere y/o preserve, 4) conseguir suprimir la multiplicación viral y 5) prevención de la transmisión vertical del virus de inmunodeficiencia humana.

El tratamiento antirretroviral de gran actividad persigue varios fines como son: a) clínico, el empleo del Tratamiento antirretroviral de gran actividad ha disminuido las tasas de morbi-mortalidad y ha mejorado la calidad de vida del paciente con VIH; b) virológico, porque el Targa logra una carga viral indetectable luego de un período corto de tratamiento y permite que este valor no aumente; c) Inmunológico, al conseguir los fines clínico y terapéutico es inherente que la inmunidad del paciente vaya acercándose a lo normal y se mantenga así mientras se cumpla con el Targa; d) terapéutico, los cumplimientos de las indicaciones farmacológicas mejoran la adhesión al Targa e impide la aparición de problemas relacionados con el medicamento y de reacciones adversas a los antirretrovirales;

e) epidemiológico, el tratamiento antirretroviral de gran actividad al ser empleado adecuadamente va a evitar la propagación del virus del VIH.

Criterios para el ingreso al tratamiento antirretroviral de gran actividad

Aparición de sintomatología que nos haga sospechar de infección por VIH.

Respuesta positiva a la Prueba de Elisa. El valor del recuento de linfocitos TCD4 es menor a los valores normales según los estándares internacionales. Al análisis de la carga viral esta arroja un valor alto según los estándares internacionales.

Resistencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad

La resistencia es una respuesta que ante la acción de los fármacos el virus da originando la gran cantidad de diferentes especies vírales en parte también por el alto grado de replicación viral y recambio que no puede ser suprimida con los antirretrovirales y permite la aparición de virus resistentes. La enzima transcriptasa reversa se equivoca una vez por cada copia viral hecha aproximadamente, por ello el Tratamiento antirretroviral de gran actividad hace difícil la aparición de los virus mutantes resistentes dado que la resistencia es un proceso paulatino entonces esta puede expandirse a los demás fármacos antirretrovirales, aunque no hayan sido aún empleadas por el paciente originándose la resistencia cruzada.

Últimamente, es más lo que se conoce de la resistencia a los antirretrovirales, ya que se cuentan con dos pruebas de resistencia logrando que la terapéutica sea mejor prescrita. La prueba más empleada que es también la más económica es la de genotipo e identifica las mutabilidades del virus de inmunodeficiencia humana que se encuentran vinculadas a resistencia a cada fármaco antirretroviral. La otra prueba que es la del fenotipo es más cara y más dificultosa para realizarla, pero da mayor luz sobre que fármacos si pueden indicarse en el paciente con resistencia y al mismo tiempo determina la rapidez con que el virus se multiplica.

La resistencia a las drogas puede perdurar años, aunque ya no se use el fármaco. Esta resistencia a los antirretrovirales origina mayormente la falla virológica en el Targa y se debe a la falta de adherencia al tratamiento por parte

del paciente o también a que el esquema antirretroviral empleado no era el adecuado.

Importancia de la adherencia en el tratamiento antirretroviral de gran actividad

Según la Organización Panamericana de Salud (OPS) en el estudio Experiencias Exitosas en el Manejo de la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en Latinoamérica. (2011), la adherencia cercana o igual a 95% se considera clave para que el tratamiento antirretroviral de gran actividad tenga éxito a nivel terapéutico y virológico e incluso para que sus repercusiones se observen en la salud pública. Al avance de los esquemas empleados ya sean inicialmente monodosis o de más de una dosis los estudiosos del tema pensaron que estos fármacos eliminarían por completo al virus de inmunodeficiencia humana, pero de manera lamentable, tiempo después y al análisis de las cargas virales aparentemente indetectables observaron que aún persistía la replicación de estos virus.

Es decir, el peligro del desarrollo de resistencia aún estaba latente por lo que el nivel de adherencia que se consiga en este tratamiento sigue siendo vital para lograr la finalidad terapéutica, con otros estudios también se demostraron que las resistencias aparecidas por la poca adhesión o adherencia subóptima son diferentes de acuerdo con el medicamento empleado y que incluso, estas resistencias son transmisibles de un paciente con el Virus de inmunodeficiencia humana a otro.

Según Cisneros (2014), el evitar que continúe la reproducción del virus del VIH pone en juego la concurrencia de varios factores, sin embargo, la inadecuada adherencia es el factor más importante para el fracaso terapéutico elevando la mortalidad en este tipo de pacientes. Esta situación hace afirmar que en la medida que el paciente comprenda y cumpla con el Targa, entendiendo con claridad cuáles son los objetivos de este tratamiento logrando que el paciente tenga una actitud positiva hacia el cumplimiento estricto de la prescripción médica, lo contraria podría tratarse de fallas del equipo de salud por no conseguir el éxito terapéutico previniendo que aparezcan virus resistentes a los

antirretrovirales que serán detectados en los controles clínicos y biológicos y que además pueden transmitirse a otros pacientes infectados.

Según Utreras (2015) la adhesión al tratamiento antirretroviral es importante por: 1) La adhesión adecuada lleva a que la carga viral disminuya por lo que al dejar de tomar el medicamento aún por períodos cortísimos el VIH se replica en menor tiempo y 2) La adhesión va a permitir evitar que aparezcan resistencias al tratamiento farmacológico indicado e incluso a algunos fármacos que todavía no se prescribieron lo que significa menores probabilidades de esquemas terapéuticos si el paciente lo requeriría posteriormente. Inclusive esta resistencia medicamentosa se transmite para otros fármacos. Las importancias de la adherencia al tratamiento antirretroviral para el éxito desde el inicio del primer tratamiento se han demostrado con varios estudios sobre adherencia.

Avances en las indicaciones terapéuticas

Últimamente la terapia antirretroviral ha experimentado avances en la perspectiva de que se prescriban tratamientos farmacoterapéuticos simples, pero muy efectivos y que por ser simples ayudan a que la adherencia al Tratamiento antirretroviral de gran actividad aumente. Este tratamiento se da en una sola dosis diaria denominadas QD, pero aún existen controversias debido a las reacciones adversas, interacciones, efectividad, cómo está realmente relacionada con la adherencia entre otros puntos importantes. De acuerdo con el Grupo de estudio del Sida/Plan Nacional contra el Sida (GESIDA/PNS) recomienda que el Targa debe ser personalizado y adecuarse al paciente, esta simplificación del tratamiento debe asegurar la eficacia del mismo, es decir, que mantenga la supresión de la reproducción del VIH, manteniendo la respuesta inmunitaria del organismo infectado.

Según el Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), a nivel mundial hasta el 2013 aproximadamente 35 millones de personas vivían con el virus del VIH y de este total 1.6 millones corresponden a América Latina por otro lado, ha habido un descenso de un 38% desde el año 2001 de los casos reportados de nuevas infecciones con VIH y en Sudamérica, el descenso fue de un 3%. Las muertes relacionadas con el Sida disminuyeron en

un 35% a nivel mundial, en nuestro continente 47,000 personas murieron por esta causa.

Igualmente, este organismo indica que alrededor de 12.9 millones de personas que vivían con el VIH tuvieron acceso a la terapia antirretroviral, es decir un 38% del total de Ppvs y de este porcentaje el 45% de estos pacientes están coberturados para su tratamiento antirretroviral. El 73% de casos de Sida se dan en Lima y Callao, la diferencia corresponde a nuestro país, la prevalencia en el Perú es de 0.5%. Cuando se inició el Targa desde la rectoría del Minsa la adherencia disminuyó paulatinamente hacia el 2008, pero aumento hasta un 85% en el 2009.

Al revisar toda esta información y observar las estadísticas considero que la buena adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad es factor gravitante para el éxito y eficacia terapéutica de este tratamiento con las implicancias positivas a nivel personal, familiar y social del paciente y también, a nivel de gobiernos por las grandes inversiones públicas que se realiza para solventar este tratamiento en todo nuestro país.

1.3 Justificación

Justificación teórica

Según Ortégó (2011) se va observando que la epidemia del VIH es una enfermedad compleja, de proceso multifactorial, que puede ser mejor entendida dentro de un modelo biopsicosocial. Las Ppvs (Personas Viviendo con VIH/sida) deben lidiar con un conjunto de estresores fisiológicos, socioculturales, económicos y psicológicos, que -en conjunto- constituyen una amenaza potencial a su salud física y mental, por lo que se ha llevado a cabo una serie de investigaciones con el objetivo de identificar aquellos factores que se encuentran asociados con esta pandemia, tales como estilos o estrategias de afrontamiento, estados emocionales, apoyo social, rasgos de personalidad y, además, su asociación con la adherencia al tratamiento.

Justificación práctica

Los resultados que se obtengan de la presente investigación van a ayudar a comprender mejor el papel de la adherencia en la eficacia del tratamiento antirretroviral de gran actividad y proponer estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral para conseguir evitar el alto costo económico y social que significan los cambios de esquemas de Targa y la estancia hospitalaria cuando el VIH avanza al estadio de SIDA.

Según Cisneros (2014), a mayor adherencia al Targa habrá mayor beneficio económico para el hospital pues, se evitarían la adquisición de antirretrovirales más caros y el aumento en los gastos ocasionados cuando un paciente tiene más días hospitalizado o en el peor de los casos cuando este fallece y deben costearse los gastos de sepelio.

Justificación social

Especialmente, desestigmatizar los prejuicios sociales que aún persisten en los pacientes con el virus del VIH/SIDA que los excluía de su entorno social, laboral o educativo, ayudar en el logro de comprender que la adherencia al tratamiento antirretroviral es importante para el éxito terapéutico del paciente. El avance en el tratamiento de esta enfermedad ha logrado que sea posible vivir con VIH/SIDA y seguir una vida normal, al aumentar el tiempo de vida para las Ppvs.

1.4 Problema

Las estadísticas mundiales según la Hoja Informativa para el 2016 de ONUSIDA nos indican que el año pasado 17 millones de personas accedieron a recibir tratamiento antirretroviral de gran actividad, que aproximadamente 36.7 millones son personas que viven con el VIH, 2.1 millones de personas se infectaron por el VIH y 1.1 millones de personas murieron como consecuencia del sida o enfermedades relacionadas a ella.

La población peruana en el 2012 era de 30 millones 135mil875 personas aproximadamente, de lo cual el 27.3% estaba conformada por jóvenes con edades comprendidas de 15 a 29 años, y de esta cantidad el 76.1% residían en

Lima, por causas de la migración a Lima, en busca de mejorar sus condiciones de vida y también de estudios. La transición demográfica que vive nuestro país se deduce de la disminución de la tasa de natalidad y de la tasa de mortalidad. Dentro de esta población los estratos socioeconómicos lamentablemente hacen las diferencias en salud, esta diferencia se observa notablemente entre la población citadina (Lima Metropolitana) y la rural (sierra y selva), determinándose también que el nivel de pobreza disminuye con un mayor nivel de educación, aumentando también la calidad de vida, y en conjunto este panorama influye positivamente en la dinámica de la salud en nuestro país, siendo la población de 15 a 29 años el grupo en el cual se ha encontrado un mayor porcentaje de infecciones por VIH en la población, 61% tienen nivel secundario y 10.5% alcanzaron el nivel primario.

En encuestas realizadas por la Encuesta Nacional de Hogares(ENAH) en el primer trimestre del 2013 arrojan resultados interesantes como es que la brecha entre hombres y mujeres respecto a la situación laboral se ha ido acortando predominantemente en el área urbana en razón al factor educativo es decir la accesibilidad a la educación y la disminución de la tasa de fecundidad, lo que significa que el papel de la mujer en el hogar ha cambiado y por ende, su participación en como protege y cuida la salud de su familia y la de ella misma.

Epidemiológicamente el VIH en el Perú está definido como una epidemia concentrada con <1% de prevalencia en toda la población y >5% en la población expuesta al riesgo, y como mencionamos el grupo etario menores de 25 años, hombres que tienen sexo con hombres, personas transgéneras, trabajadoras sexuales, son las que se encuentran más vulnerables (Vigilancia Centinela, 2011), debido a que la vía sexual sin protección es la de mayor transmisión en estos grupos. La conducta sexual ha contribuido a la expansión de esta epidemia, En el Perú de las 72,000 personas portadoras solamente un 51% conoce realmente su diagnóstico y solo 34,836 personas se encuentran con el tratamiento antirretroviral de gran actividad.

Entre los objetivos de Desarrollo del Milenio figura la reducción de la epidemia de sida lo que se logró con creces el 2015, pues a mediados del año

pasado casi 16 millones de personas recibían tratamiento antiretroviral, que significa haber duplicado en cinco años dicha cantidad, esta situación es alentadora puesto que hasta el momento esta enfermedad no puede curarse pero una persona viviendo con sida (Ppvs) puede llevar una vida normal si es que recibe el tratamiento antirretroviral indicado de manera constante, lo contrario significa una condena a morir por no recibir ningún tratamiento. Es en este contexto que un adecuado nivel de la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad es importantísimo para que este tratamiento tenga éxito farmacoterapéutico y para este cumplimiento del Targa es necesario que el paciente conozca sobre su enfermedad y comprenda porqué es necesario cumplir con la prescripción médica y otras pautas que le da el personal de salud que lo atiende en los establecimientos públicos de salud.

Según Cisneros (2014), cuando se habla del factor vital a nivel paciente que asegure el efecto terapéutico esperado del Targa sin duda es “la adherencia a este tratamiento, la misma que resulta importante para que no ocurra resistencia al Targa y evite un cambio de esquema terapéutico por fallas en el cumplimiento de la ingesta de los antirretrovirales” (p. 31).

La adherencia aún no es lo óptima que se necesita, sin embargo, el empleo de este tratamiento ha logrado reducir la morbi-mortalidad por esta enfermedad, evitando que la infección por VIH avance al SIDA. A pesar de ello muchos pacientes abandonan el tratamiento produciéndose la falla virológica y terapéutica, provocando la elevación de los costos para el Estado, por el incremento de ingresos hospitalarios y aparición de virus resistentes al Targa, y cambios de esquemas de tratamiento inclusive el gasto social también aumenta, puesto que esta enfermedad engloba todo el entorno del paciente. En los últimos años ha habido avances respecto a la terapia farmacológica teniendo la terapia de dosis única que ojalá llegue a nuestro país y así pueda aumentar la adherencia al Targa.

Problema general

¿Existen factores sociodemográficos asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en los pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima - 2016?

Problemas específicos**Problema específico 1**

¿Es el grado de instrucción un factor sociodemográfico asociado a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima - 2016?

Problema específico 2

¿Es el género un factor sociodemográfico asociado a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima - 2016?

Problema específico 3

¿Es la edad un factor sociodemográfico asociado a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima - 2016?

Problema específico 4

¿Es el estado civil un factor sociodemográfico asociado a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima - 2016?

1.5 Hipótesis**Hipótesis general**

Los factores sociodemográficos del paciente con VIH son factores asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en los pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima - 2016.

Hipótesis específicas**Hipótesis específica 1**

El nivel de educación del paciente con VIH es factor sociodemográfico asociado a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en los pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima - 2016.

Hipótesis específica 2

El género del paciente con VIH es factor sociodemográfico asociado a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en los pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima - 2016.

Hipótesis específica 3

La edad del paciente con VIH es factor sociodemográfico asociado a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en los pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima - 2016.

Hipótesis específica 4

El estado civil del paciente con VIH es factor sociodemográfico asociado a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en los pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima - 2016.

1.6 Objetivos**Objetivo general**

Determinar si el grado de instrucción, género, edad y estado civil del paciente con VIH son factores sociodemográficos asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima - 2016.

Objetivos específicos**Objetivo específico 1**

Determinar si el grado de instrucción es factor sociodemográfico asociado a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH de que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima - 2016.

Objetivo específico 2

Determinar si el género es factor sociodemográfico asociado a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima - 2016.

Objetivo específico 3

Determinar si la edad es factor sociodemográfico asociado a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima - 2016.

Objetivo específico 4

Determinar si el estado civil es factor sociodemográfico asociado a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima - 2016.

II. Marco metodológico

2.1 Variables

Definición conceptual de las variables

V1: Factores sociodemográficos asociados a la Adherencia al Targa

Grado de instrucción: Es el nivel de estudio que tiene el paciente con VIH al iniciar el estudio.

Género: Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas.

Edad: Años de vida cumplidos hasta el momento de aplicar la entrevista.

Estado civil: es la condición de la unión social de pareja.

V2: Nivel de Adherencia al Targa

Es el cumplimiento estricto del tratamiento, que comprende el tratamiento farmacológico y las indicaciones de seguimiento y que se obtendrá a través de una encuesta.

Para lo cual se aplicará el Cuestionario de evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH).

2.2 Operacionalización de variables

Tabla 1.

Matriz de operacionalización de la variable factores socio demográficos

Dimensión	Indicador	Escala y valores	Niveles y rangos
Edad		Años	Continua
Sexo	Femenino Masculino	Ficha de datos	Nominal dicotómica
Nivel de estudios	Grado de instrucción	Grado de instrucción	Nominal.
Estado civil	Soltero Casado Viudo Conviviente		

Tabla 2.

Matriz de operacionalización de la variable adherencia al Targa

Dimensión	Escala y valores
Cumplimiento del tratamiento antirretroviral	Baja adherencia (<73 puntos), Adherencia insuficiente (74 y 80 puntos), Adherencia adecuada (81 y 85 puntos)
Antecedentes de la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral	Adherencia estricta (>85 puntos)
Interacción médico-paciente	
Creencias del paciente	
Estrategias para mejorar la adherencia	

2.3. Metodología

Paradigma de la investigación: Positivista

La presente investigación está basada en la teoría positivista. En este paradigma, Kerlinger (1985) manifestó que:

El conocimiento se suele obtener de acuerdo con las reglas del método científico, puede considerarse como tal, y sus leyes pueden usarse en la explicación y predicción de los fenómenos. La investigación llega a crear conocimientos y eventualmente su predicción. (p. 18).

Se dice que la ciencia positiva es aquella que solo toma como objeto de su investigación los fenómenos sensibles, con el único fin de establecer las leyes que regulen las relaciones entre ellos, su sucesión y regularidad. Es

decir, únicamente es objeto de estudio aquello que es observable y verificable empíricamente.

Enfoque de investigación Cuantitativo

El enfoque de la investigación fue cuantitativo, como lo expresaron Sánchez Y Reyes (2015) “supone procedimientos estadísticos de procesamiento de datos, hace uso de la estadística descriptiva y/o inferencial” (p. 51).

Método de investigación: Hipotético deductivo

El método empleado en este estudio fue hipotético deductivo, con un enfoque cuantitativo al momento de recoger y procesar la información de la investigación.

“El método hipotético deductivo consiste en procedimientos que parte de una aseveración en calidad de hipótesis, deducción de las conclusiones a su vez que dan contraste con los hechos” (Bernal, 2006, p. 56).

2.4 Tipo de estudio

La investigación fue de tipo básica como lo manifestó Valderrama (2015) que es “.....destinada a aportar un cuerpo organizado de conocimientos científicos y no produce necesariamente resultados de utilidad práctica inmediatas, pero si se preocupa por recoger información de la realidad para enriquecer el conocimiento teórico-científico,....”

2.5 Diseño

El diseño de la investigación fue de tipo no experimental, causal y transversal. Es no experimental porque “...es la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de estudios donde no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables” (Hernández *et al.*, 2010, p. 149).

Por su dimensión temporal es transversal ya que su propósito es “describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como tomar una fotografía de algo que sucede” (Hernández *et al.*, 2010, p.151). El diagrama representativo de este diseño es el siguiente:

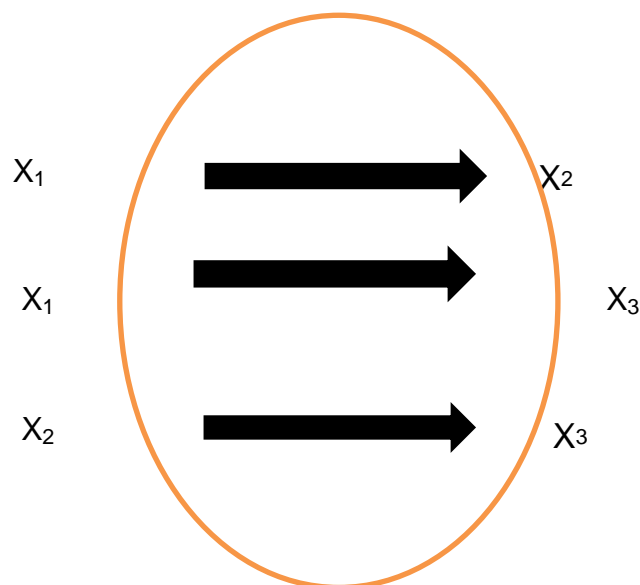


Figura 1. Diagrama del diseño causal

Donde:

- Se mide y describe relación $X_1 - X_2$
- Se mide y describe relación $X_1 - X_3$
- Se mide y describe relación $X_2 - X_3$

2.6 Población y muestra

La población según Hernández, *et al* (2010) la población se define “como el conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones” (p. 36).

Población

La población que se toma en cuenta para esta investigación la conforman los pacientes con VIH que acuden a la Farmacia de Estrategias Sanitarias del Hospital Nacional Dos de mayo de enero a junio 2016.

Muestra

La muestra es no probabilística a conveniencia (60 pacientes).

2.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica de recolección de datos

La técnica utilizada para la variable Factores sociodemográficos fue la Ficha de Registro de la Farmacia de Estrategias Sanitarias y para la variable Adherencia

fue la encuesta que consistirá en recopilar la información en la muestra de estudio.

Instrumentos de recolección de datos

Revisión de fichas de la Farmacia de Estrategias Sanitarias Hospital Nacional Dos de Mayo para la variable Nivel de instrucción lo que permitió categorizar el nivel de conocimientos en:

Educación primaria

Educación Secundaria

Educción Superior

Educación Técnica

Para evaluar la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad se empleó el Cuestionario de evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH), el que fue validado en España por Remor y por Tafur en un trabajo de investigación en Perú.

De acuerdo a lo indicado por Tafur (2006), esta evaluación mediante cuestionarios va a brindar información sobre los motivos que implican una adherencia inadecuada además de ser económicos y confiables siempre que el paciente sea veraz en sus respuestas, es por ello que al aplicarse este Cuestionario debe considerarse poblaciones que tengan similitudes culturales, de idioma; condiciones que le van a otorgar fiabilidad, poder ser reproducida, ser válido, poder cambiarse y adaptarse culturalmente (p.185) . El cuestionario abarca 5 dimensiones:

Cumplimiento del tratamiento, analizado desde el inicio del Targa considerando cumplimiento del horario de la ingesta de los fármacos de cómo considera el paciente su adherencia y si recuerda el nombre de los antirretrovirales que está ingiriendo.

Antecedentes de la falta de adherencia

Interacción médico- paciente

Creencias del paciente

Utilización de estrategias para recordar la toma de los antirretrovirales.

2.8 Métodos de análisis de datos

Como el enfoque es cuantitativo se elaboró la Base de datos para ambas variables con los datos obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos de medición para luego ser procesados mediante el análisis descriptivo e inferencial usando el programa SPSS versión 22 y el Excel 2010.

Una vez recolectados los datos proporcionados por los instrumentos, se procederá al análisis estadístico respectivo, en la cual se utilizará el paquete estadístico para ciencias sociales SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Versión 22. Los datos serán tabulados y presentados en tablas y gráficos de acuerdo con las variables y dimensiones.

Para la prueba de las hipótesis se aplicará el χ^2 (chi²), ya que el propósito será determinar la relación entre las dos variables a un nivel de confianza del 95% y significancia del 5%.

Estadística descriptiva: porcentajes en tablas y figuras para presentar la distribución de los datos y tablas de contingencias.

2.9 Aspectos éticos

De acuerdo con las características de la investigación se consideró los aspectos éticos que son fundamentales ya que se trabajaron con pacientes por lo tanto el sometimiento a la investigación con la autorización correspondiente por lo que se aplicó el consentimiento informado accediendo a participar en el método.

Asimismo, se mantiene la particularidad y el anonimato, así como el respeto hacia el evaluado en todo momento y resguardando los instrumentos respecto a las respuestas minuciosamente sin juzgar que fueron las más acertadas para el participante.

III. Resultados

3.1. Descripción de los resultados

3.1.1. Descripción de los resultados de la variable factores socio demográficos

Tabla 3

Descripción de los niveles de educación

Niveles	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Primaria	6	10%
Secundaria	35	58.3%
Superior	16	26.7%
Técnico	3	5%
Total	60	100%

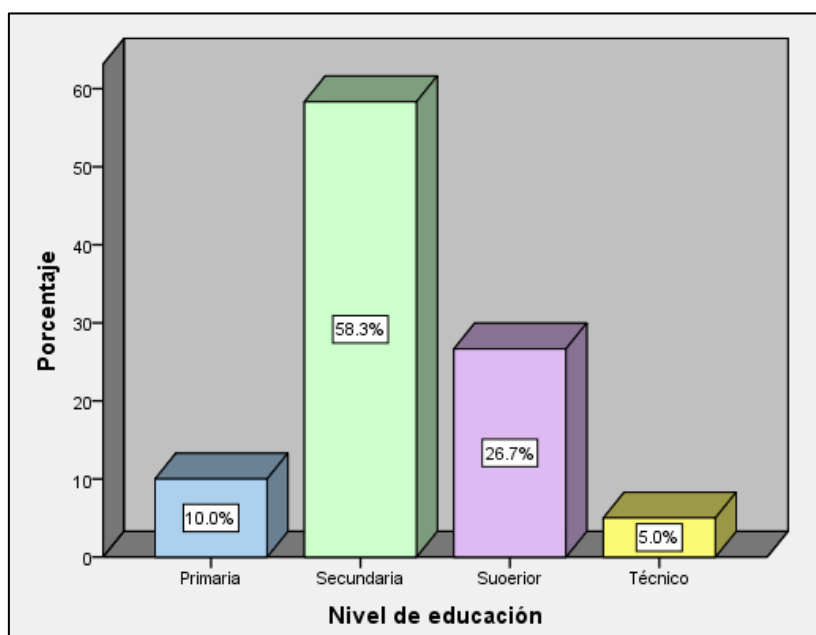


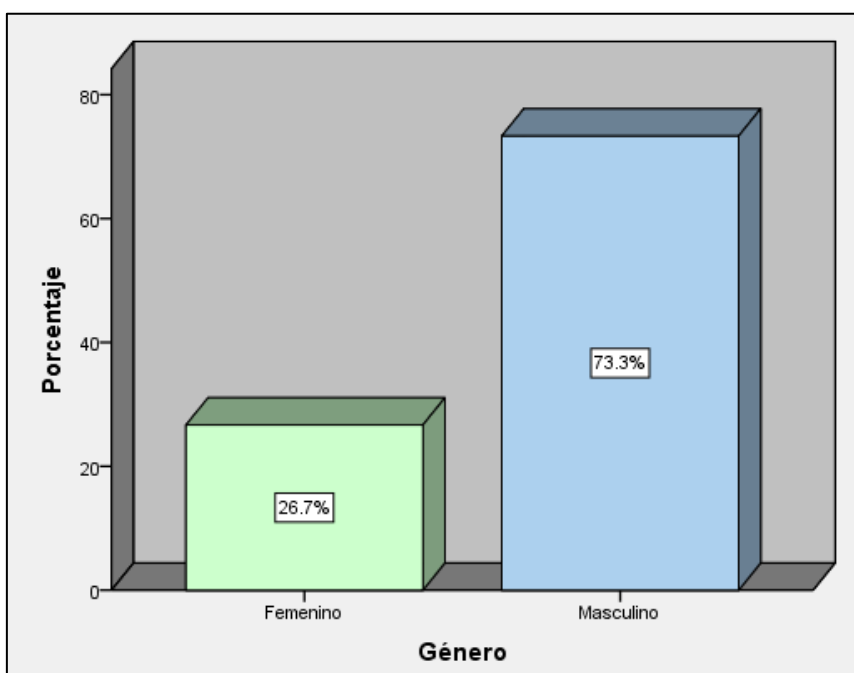
Figura 2. Descripción de los niveles de educación.

En la Tabla 3 y Figura 2, se observa de una muestra de 60 pacientes del Hospital Nacional Dos de Mayo que el 58.3% de los pacientes tiene un nivel secundario, el 26.7% un nivel superior, el 10% un nivel primario y el 5% tienen un nivel de educación técnica.

Tabla 4

Descripción de los niveles de género

Niveles	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Femenino	16	26.7%
Masculino	44	73.3%
Total	60	100%

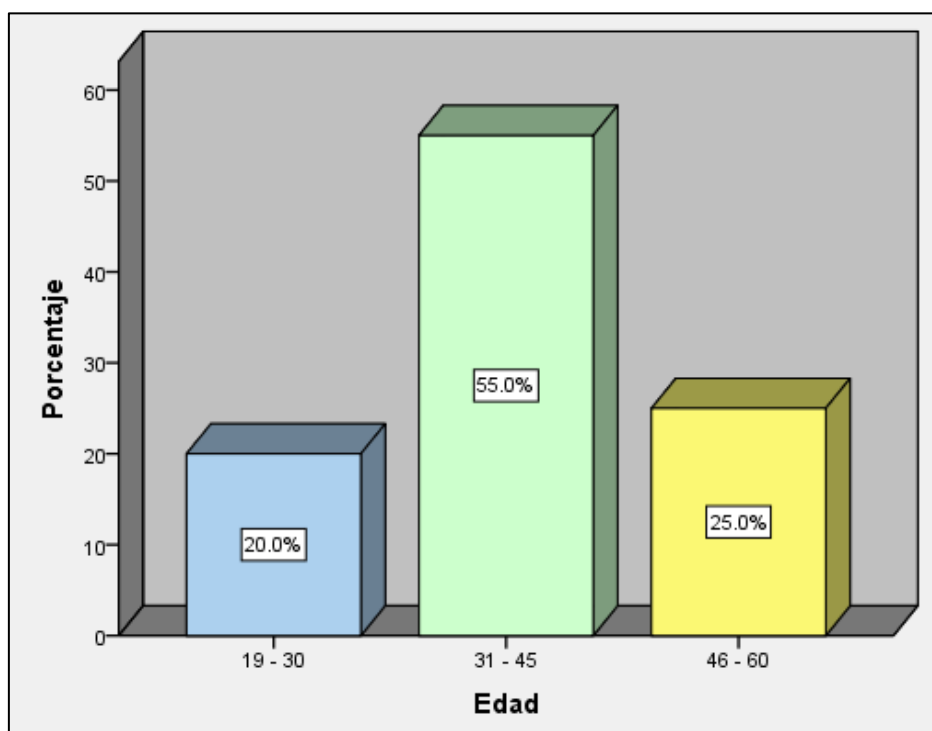
*Figura 3. Descripción de los niveles de género.*

En la Tabla 4 y Figura 3, se observa de una muestra de 60 pacientes del Hospital Nacional Dos de Mayo que el 73.3% de los pacientes son de género masculino y el 26.7% son de género femenino.

Tabla 5

Descripción de las edades de los pacientes

Niveles	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
19 – 30	12	20%
31 – 45	33	55%
46 – 60	15	25%
> 60	0	0%
Total	60	100%

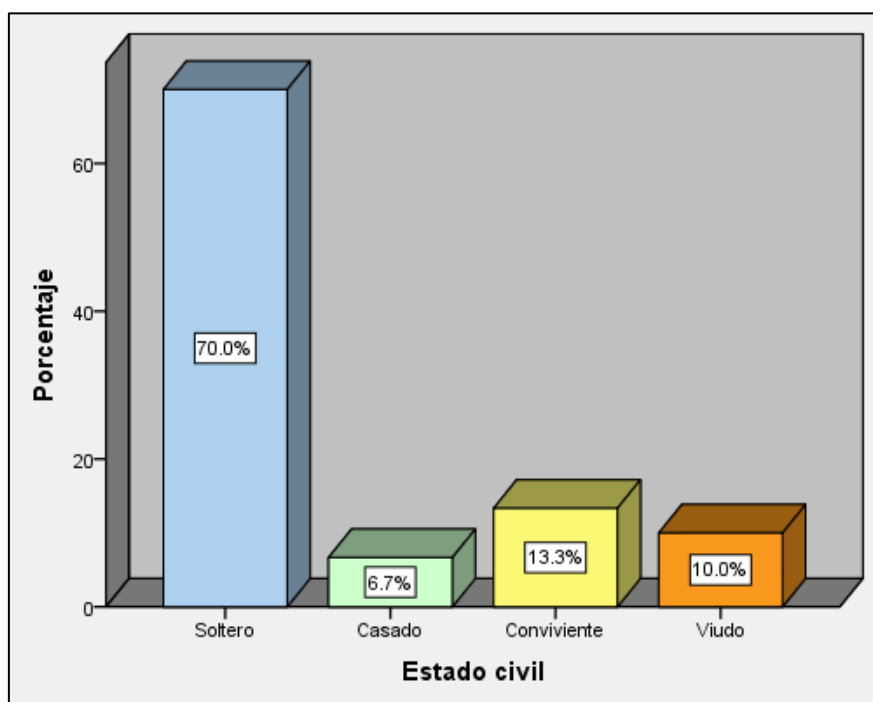
*Figura 4. Descripción de las edades de los pacientes.*

En la Tabla 5 y Figura 4, se observa de una muestra de 60 pacientes del Hospital Nacional Dos de Mayo que el 55% de los pacientes tienen edades entre los 31 a 45 años, el 25% tienen edades entre los 46 a 60 años de edad, el 20% tienen edades entre los 19 a los 30 años de edad, asimismo se observa que ningún paciente tiene edades mayores de 60 años.

Tabla 6

Descripción de los niveles del estado civil

Niveles	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Soltero	42	70%
Casado	4	6.7%
Conviviente	8	13.3%
Viudo	6	10%
Total	60	100%

*Figura 5. Descripción del estado civil de los pacientes.*

En la Tabla 6 y Figura 5, se observa de una muestra de 60 pacientes del Hospital Nacional Dos de Mayo que el 70% de los pacientes tienen el estado civil de solteros, el 13.3% tienen el estado civil de convivientes, el 10% tienen un estado civil de viudo y solo el 6.7% de los pacientes tienen un estado civil de casado.

3.1.2. Descripción de los resultados de la variable adherencia al tratamiento antirretroviral

Tabla 7

Descripción de los niveles de la adherencia

Niveles		Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Baja adherencia	[72 – 76]	42	70%
Adherencia moderada	[77 – 80]	4	6.7%
Adherencia estricta	[81 – 83]	8	13.3%
Total		60	100%

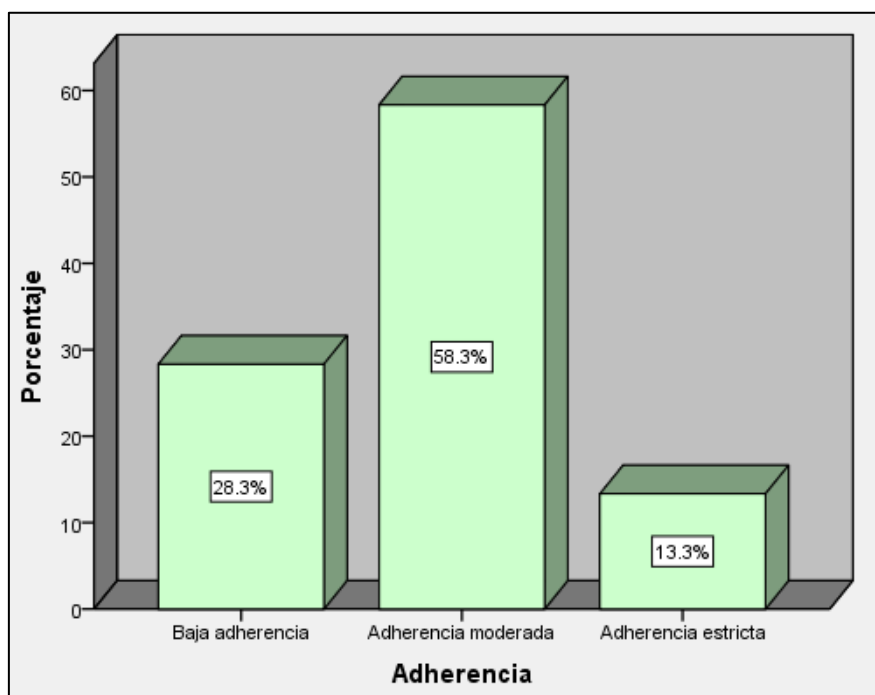


Figura 6. Descripción de los niveles de la adherencia.

En la Tabla 7 y Figura 6, se observa de una muestra de 60 pacientes del Hospital Nacional Dos de Mayo que el 58.3% de los pacientes presentan una adherencia moderada, el 28.3% presentan una baja adherencia y el 13.3% presentan una adherencia estricta.

Tabla 8

Descripción de los niveles del cumplimiento del tratamiento

Niveles		Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Baja adherencia	[16 -18]	42	70%
Adherencia moderada	[19 - 20]	4	6.7%
Adherencia estricta	≥ 21	8	13.3%
Total		60	100%

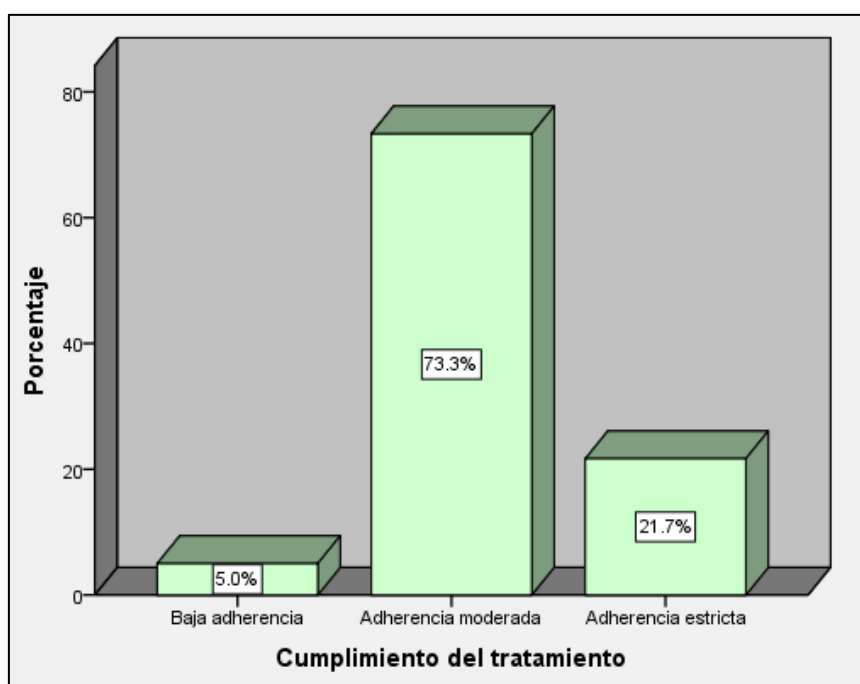


Figura 7. Descripción de los niveles del cumplimiento del tratamiento.

En la Tabla 8 y Figura 7, se observa de una muestra de 60 pacientes del Hospital Nacional Dos de Mayo que el 73.3% de los pacientes presentan una adherencia moderada respecto a la dimensión cumplimiento del tratamiento, el 21.7% presentan una adherencia estricta y el 5% presentan una baja adherencia respecto al cumplimiento del tratamiento.

Tabla 9

Descripción de los niveles de los antecedentes de la falta de adherencia

Niveles		Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Baja adherencia	[17 - 20]	24	40%
Adherencia moderada	[21 - 22]	29	48.3%
Adherencia estricta	[23 - 25]	7	11.7%
Total		60	100%

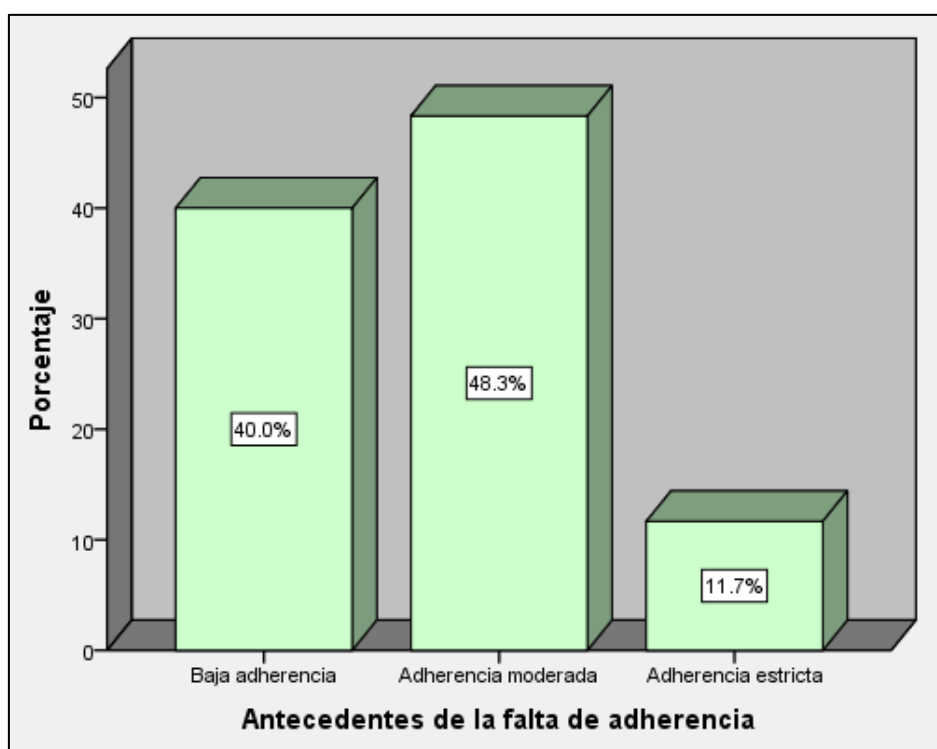


Figura 8. Descripción de los niveles de los antecedentes de la falta de adherencia.

En la Tabla 9 y Figura 8, se observa de una muestra de 60 pacientes del Hospital Nacional Dos de Mayo que el 73.3% de los pacientes presentan una adherencia moderada respecto a la dimensión cumplimiento del tratamiento, el 21.7% presentan una adherencia estricta y el 5% presentan una baja adherencia respecto al cumplimiento del tratamiento.

Tabla 10

Descripción de los niveles de la interacción médico - paciente

Niveles		Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Baja adherencia	[12 - 13]	8	13.3%
Adherencia moderada	[14]	13	21.7%
Adherencia estricta	[15]	39	65%
Total		60	100%

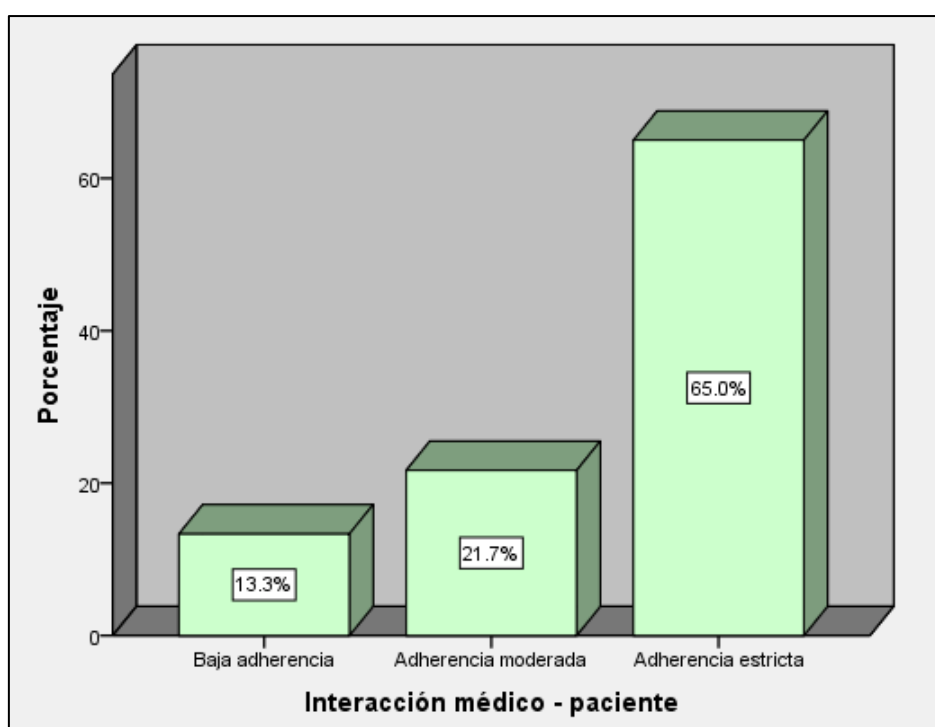


Figura 9. Descripción de los niveles de la interacción médico – paciente.

En la Tabla 10 y Figura 9, se observa de una muestra de 60 pacientes del Hospital Nacional Dos de Mayo que el 65% de los pacientes presentan una adherencia estricta respecto a la dimensión médico – paciente, el 21.7% presentan una adherencia moderada y el 13.3% presentan una baja adherencia respecto a la dimensión médico – paciente.

Tabla 11

Descripción de los niveles de las creencias del paciente

Niveles		Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Baja adherencia	[17 - 20]	9	15%
Adherencia moderada	[21 - 22]	31	51.7%
Adherencia estricta	[23]	20	33.3%
Total		60	100%

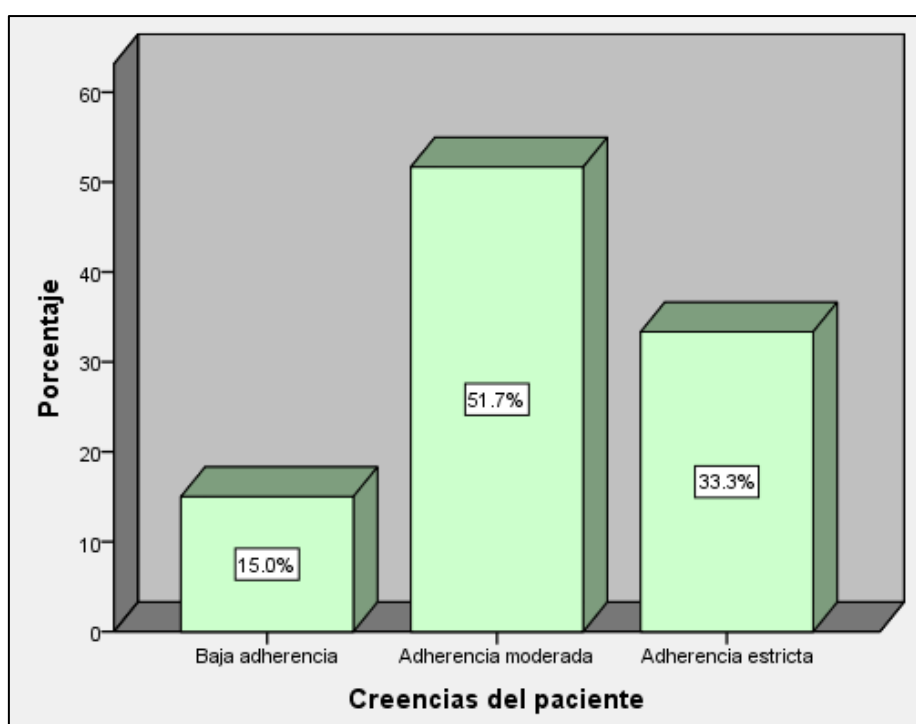


Figura 10. Descripción de los niveles de las creencias del paciente.

En la Tabla 11 y Figura 10, se observa de una muestra de 60 pacientes del Hospital Nacional Dos de Mayo que el 51.7% de los pacientes presentan una adherencia moderada respecto a la dimensión creencias del paciente, el 33.3% presentan una adherencia estricta y el 15% presentan una baja adherencia respecto a la dimensión creencias del paciente.

Tabla 12

Descripción de los niveles de la utilización de estrategias

Niveles		Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Baja adherencia	[0]	2	3.3%
Adherencia moderada	[1]	47	78.3%
Adherencia estricta	[2]	11	18.3%
Total		60	100%

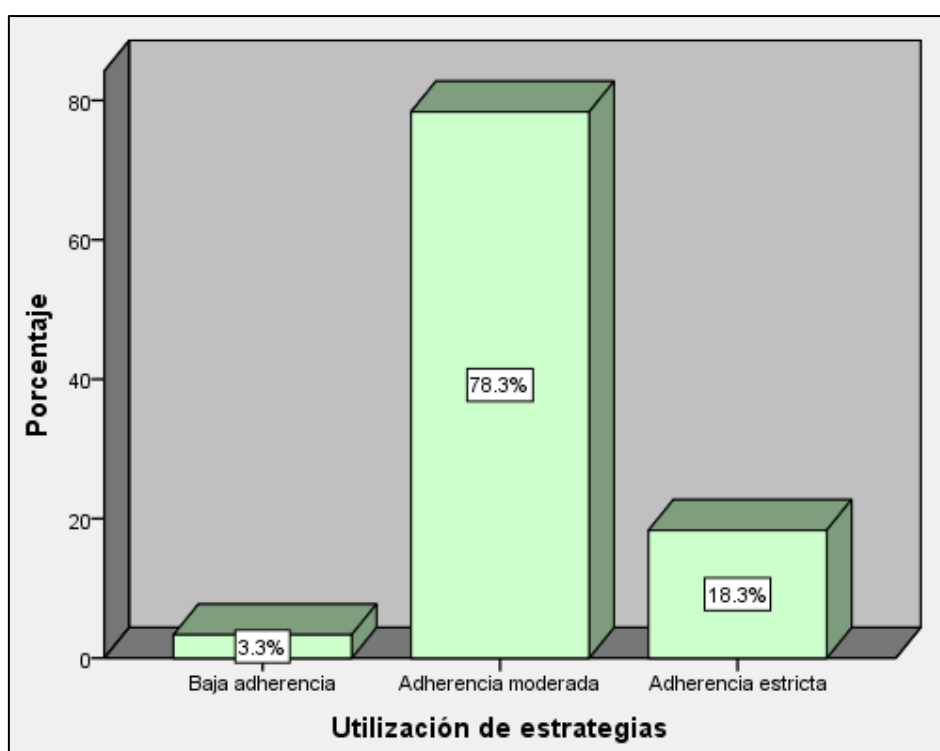


Figura 11. Descripción de los niveles de la utilización de estrategias.

En la Tabla 12 y Figura 11, se observa de una muestra de 60 pacientes del Hospital Nacional Dos de Mayo que el 78.3% de los pacientes presentan una adherencia moderada respecto a la dimensión utilización de estrategias, el 18.3% presentan una adherencia estricta y el 3.3% presentan una baja adherencia respecto a la dimensión utilización de estrategias.

3.2. Prueba de hipótesis

Hipótesis general

H0: Los factores sociodemográficos del paciente con VIH no son factores asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en los pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima - 2016.

Ha: Los factores sociodemográficos del paciente con VIH son factores asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en los pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima - 2016.

Tabla 13

Factores sociodemográficos del paciente con VIH y la adherencia al tratamiento antirretroviral

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	74.808 ^a	40	.001
Razón de verosimilitudes	75.845	40	.001
Asociación lineal por lineal	.015	1	.902
N de casos válidos	60		

a. 55 casillas (100.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .10.

Como se muestra en la Tabla 13, los factores sociodemográficos se encuentra asociada (o depende) con la adherencia al tratamiento antirretroviral, tal como muestra al prueba de la independencia (Chi-cuadrado $\chi^2 = 74.808$), así mismo se muestra que el p value es menor al nivel de significación asumido ($p = 0.001 < 0.05$), frente a estas comparaciones se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula por lo que existe asociación (*dependencia*) entre los factores sociodemográficos y la adherencia de los pacientes.

Hipótesis específicas

Hipótesis específica 1

H0: El grado de instrucción del paciente con VIH no es factor asociado a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en los pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima - 2016.

Ha: El grado de instrucción del paciente con VIH es factor asociado a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en los pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima - 2016.

Tabla 14

Grado de instrucción del paciente con VIH y la adherencia al tratamiento antirretroviral

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	81.054 ^a	30	.000
Razón de verosimilitudes	47.548	30	.022
Asociación lineal por lineal	2.396	1	.122
N de casos válidos	60		

a. 43 casillas (97.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .05.

Como se muestra en la Tabla 14, el grado de instrucción se encuentra asociado (o depende) con la adherencia al tratamiento antirretroviral, tal como muestra al prueba de la independencia (Chi-cuadrado $\chi^2 = 81.054$), así mismo se muestra que el p value es menor al nivel de significación asumido ($p = 0.000 < 0.05$), frente a estas comparaciones se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula por lo que existe asociación (*dependencia*) entre el nivel de educación y la adherencia de los pacientes.

Hipótesis específica 2

H0: El género del paciente con VIH no es factor asociado a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en los pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima - 2016.

Ha: El género del paciente con VIH es factor asociado a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en los pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima - 2016.

Tabla 15

El género del paciente con VIH y la adherencia al tratamiento antirretroviral

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	24.844 ^a	10	.006
Razón de verosimilitudes	29.575	10	.001
Asociación lineal por lineal	.097	1	.756
N de casos válidos	60		

a. 19 casillas (86.4%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .27.

Como se muestra en la Tabla 15, el género de los pacientes se encuentra asociada (o depende) con la adherencia al tratamiento antirretroviral, tal como muestra al prueba de la independencia (Chi-cuadrado $\chi^2 = 24.844$), así mismo se muestra que el p value es menor al nivel de significación asumido ($p = 0.006 < 0.05$), frente a estas comparaciones se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula por lo que existe asociación (*dependencia*) entre el género y la adherencia de los pacientes.

Hipótesis específica 3

H0: La edad del paciente con VIH no es factor asociado a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en los pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima - 2016.

Ha: La edad del paciente con VIH es factor asociado a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en los pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima - 2016.

Tabla 16

La edad del paciente con VIH y la adherencia al tratamiento antirretroviral

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	47.653 ^a	20	.000
Razón de verosimilitudes	57.916	20	.000
Asociación lineal por lineal	.541	1	.462
N de casos válidos	60		

a. 32 casillas (97.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .20.

Como se muestra en la Tabla 16, la edad de los pacientes se encuentra asociada (o depende) con la adherencia al tratamiento antirretroviral, tal como muestra la prueba de la independencia (Chi-cuadrado $\chi^2 = 47.653$), así mismo se muestra que el p value es menor al nivel de significación asumido ($p = 0.000 < 0.05$), frente a estas comparaciones se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula por lo que existe asociación (*dependencia*) entre la edad y la adherencia de los pacientes.

Hipótesis específica 4

H0: El estado civil del paciente con VIH no es factor asociado a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en los pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima - 2016.

Ha: El estado civil del paciente con VIH es factor asociado a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en los pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima - 2016.

Tabla 17

El estado civil del paciente con VIH y la adherencia al tratamiento antirretroviral

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	58.266 ^a	30	.001
Razón de verosimilitudes	52.832	30	.006
Asociación lineal por lineal	1.491	1	.222
N de casos válidos	60		

a. 41 casillas (93.2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .07.

Como se muestra en la Tabla 17, el estado civil de los pacientes se encuentra asociada (o depende) con la adherencia al tratamiento antirretroviral, tal como muestra al prueba de la independencia (Chi-cuadrado $\chi^2 = 58.266$), así mismo se muestra que el p value es menor al nivel de significación asumido ($p = 0.000 < 0.05$), frente a estas comparaciones se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula por lo que existe asociación (*dependencia*) entre el estado civil y la adherencia de los pacientes.

IV. Discusión

En la presente tesis se investigó la asociación entre factores sociodemográficos y la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en los pacientes del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima - 2016.

En relación a la hipótesis general los resultados encontrados en esta investigación fue que el Valor $**p < .05$, podemos afirmar que existe asociación significativa entre los factores sociodemográficos y la adherencia de los pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo de enero a junio 2016, coincidiendo con la investigación de Varela *et al.* (2013) realizaron un estudio observacional transversal denominado “Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico para el VIH/SIDA en Cali”, para determinar la prevalencia de adherencia al tratamiento antirretroviral y los factores intervinientes en pacientes con VIH/SIDA, en una población aleatoria de 127 personas viviendo con sida con tratamiento antirretroviral, emplearon el Cuestionario de Adherencia al tratamiento antirretroviral CAT-VIH y los factores intervinientes en la adherencia se midieron con un Cuestionario de autorreporte construido con este fin (CFR-AT-VIH) y datos de las historias clínicas, encontrándose 84.3 % de prevalencia de adherencia al tratamiento antirretroviral, menor adherencia en pacientes menores de 40 años, de nivel socio económico bajo y menor accesibilidad a medicamentos. Al análisis univariado los factores con nivel de significancia de 0.25 son edad, sexo, estrato socioeconómico, conocimiento sobre su enfermedad y número de dosis. Asimismo, coincidimos con Alcántara (2008) realizó el estudio sobre “Factores asociados a la Adherencia al TARGA, en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Hipólito Unanue”; con el objetivo general de determinar los factores asociados a la Adherencia al Targa. La metodología de este trabajo es aplicativo, cuantitativo, analítico, retrospectivo y transversal, y la muestra de 91 pacientes se obtuvo aleatoriamente y de acuerdo con los criterios de inclusión, es decir, pacientes mayores de 20 años y con mínimo seis meses de estar llevando el Targa al momento del inicio del estudio. El instrumento empleado fue una encuesta, la variable estudiada fue: factores asociados a la adherencia al Targa en sus dimensiones de aspectos culturales, sociales y económicos como son: edad, sexo, grado de instrucción, situación económica entre otros. Estadísticamente se aplicó la Regresión Logística Múltiple, el test de WALD ($p < 0.05$ como indicador de significancia estadística) y Odds Ratio (OR). Se

determinó que los factores culturales, sociales, económicos, esquemas fármaco terapéutico y personal sanitario están asociados a la adherencia al Targa.

Además, Tafur (2010) en su estudio sobre adherencia halló 46.2% de los pacientes con un nivel bajo de adherencia mientras en nuestro estudio se encontró un 28.3% de pacientes con baja adherencia.

En relación a la primera hipótesis específica los resultados encontrados en esta investigación fue que el Valor $**p < .05$, podemos afirmar que existe asociación significativa entre el nivel de educación y la adherencia de los pacientes con vih que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, coincidiendo con la investigación de Sánchez (2010) en su trabajo “Adherencia a tratamientos antirretrovirales simples en una o dos tomas diarias, en el Área 4 de la Comunidad Autónoma de Madrid”, estudio observacional, prospectivo y analítico que tiene como objetivo comparar la adherencia al tratamiento antirretroviral a pacientes con VIH con una dosis diaria única y con dosis de dos tomas diarias, con una muestra poblacional de 437 pacientes. se usan métodos indirectos que se combinan para determinar si el paciente es adherente o no adherente. El cuestionario empleado es adaptado y validado por GEEMA y lo aplica al inicio del estudio (factores socioeconómicos). Esta investigación determinó que un paciente con VIH con una sola dosis diaria no asegura la adherencia mayor a 95% pues aún hay factores determinantes y que ponen en riesgo el tratamiento. El nivel de educación del paciente ayuda a que comprenda mejor su enfermedad, el tratamiento y mejora la adherencia.

En relación a la segunda hipótesis específica los resultados encontrados en esta investigación fue que el Valor $**p < .05$, podemos afirmar que existe asociación significativa entre el género y la adherencia de los pacientes con vih que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, coincidiendo con la investigación de Alcántara (2007) encontró el 52.7% de pacientes estudiados pertenecientes al sexo masculino y el 47.3% correspondían al sexo femenino en tanto, en el estudio realizado se encontró que el 73.3% de la población estudiada son varones y el 26.7% son mujeres; esta diferencia podría deberse a que

normalmente la mujer por razones de su propia idiosincrasia no acude al hospital para su respectiva atención. Asimismo, Tafur (2010) encontró que en relación con el género el mayor porcentaje (90.4%) pertenecían al género masculino y la diferencia al género femenino y a su vez que la edad en promedio de todos los pacientes que intervinieron en el estudio fue entre 41 y 54 años, siendo el porcentaje mayor el grupo etario comprendido entre 26 y 35 años, luego los comprendidos entre 36 y 45 años.

En relación a la tercera hipótesis específica los resultados encontrados en esta investigación fue que el Valor $**p < .05$, podemos afirmar que existe asociación significativa entre la edad y la adherencia de los pacientes con vih que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, coincidiendo con la investigación de Cisneros, (2014) en su trabajo titulado “Factores que influyen en la adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con sida del Hospital Enrique Garcés en Quito”, encontró que en el grupo etario entre 26 a 44 años se halla el mayor porcentaje de pacientes diagnosticados con el virus del VIH, siendo similar al encontrado en el presente trabajo donde más de la mitad de los pacientes están comprendidos en un rango de 31 a 45 años (55% del total de la muestra), lo que nos hace deducir que es el porcentaje promedio en América Latina. Rivas Muro *et al.* (2013) hallaron en su estudio que también más de la mitad de la muestra la conformaban pacientes de 24 a 35 años. Orellana (2017) encontró que el grupo etario prevalente es entre 40 y 54 años, con un 43.9 % de la muestra.

En relación a la cuarta hipótesis específica los resultados encontrados en esta investigación fue que el Valor $**p < .05$, podemos afirmar que existe asociación entre el estado civil y la adherencia de los pacientes con vih que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, coincidiendo con el estudio realizado por Alcántara (2007) el 36.3% son convivientes, 31.9% solteros, 17.6% casados, 9.9% viudos y un 4.3% son divorciados mientras que Rivas Muro *et al.* (2013) analizaron el estado civil agrupando en dos grupos a los pacientes como pacientes casados o convivientes (38.7%), pacientes divorciados, separados, solteros o viudos (61.3%) y los resultados obtenidos en el presente estudio son diferentes en ambos casos excepto en el estudio de Alcántara (2007) donde el porcentaje de pacientes viudos es muy similar al 10% obtenido en este estudio.

Tafur (2010) encontró que la edad en promedio de todos los pacientes que intervinieron en el estudio fue entre 41 y 54 años, siendo el porcentaje mayor el grupo etario comprendido entre 26 y 35 años, luego los comprendidos entre 36 y 45 años. En relación con el género el mayor porcentaje (90.4%) pertenecían al género masculino y la diferencia al género femenino.

V. Conclusiones

- Primera:** Los factores sociodemográficos del paciente con VIH son factores asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en los pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo de enero a junio 2016, con un nivel de significancia de 0.05 y Chi-cuadrado $\chi^2 = 74.808$ y $p = 0.001 < 0.05$.
- Segunda:** El factor nivel de educación del paciente con VIH es factor asociado a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en los pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo de enero a junio 2016, con un nivel de significancia de 0.05 y Chi-cuadrado $\chi^2 = 81.054$ y $p = 0.000 < 0.05$.
- Tercera:** El factor género del paciente con VIH es factor asociado a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en los pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo de enero a junio 2016, con un nivel de significancia de 0.05 y Chi-cuadrado $\chi^2 = 24.844$ y $p = 0.006 < 0.05$.
- Cuarta:** El factor edad del paciente con VIH es factor asociado a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en los pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo de enero a junio 2016, con un nivel de significancia de 0.05 y Chi-cuadrado $\chi^2 = 47.653$ y $p = 0.000 < 0.05$.
- Quinta:** El factor estado civil del paciente con VIH es factor asociado a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en los pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo de enero a junio 2016, con un nivel de significancia de 0.05 y Chi-cuadrado $\chi^2 = 58.266$ y $p = 0.001 < 0.05$.

VI. Recomendaciones

- Primera:** Propiciar que la estrategia sanitaria del Tratamiento antirretroviral de gran actividad tenga mayor cobertura de pacientes, que sea accesible a la población que la necesita y que la disponibilidad de fármacos antirretrovirales de gran actividad sea sostenible durante todo el tratamiento, de manera que la adherencia sea cada vez más cercana a la recomendada para evitar que la infección por VIH avance a Sida.
- Segunda:** Debido a que un mejor nivel de educación influye en una mejor aceptación de la enfermedad por el paciente y por ende de cumplimiento del tratamiento corresponde también al gobierno mejorar el sistema educativo.
- Tercera:** Crear el área de consejería farmacéutica, la misma que estaría dirigida a los pacientes que reciben el tratamiento, que va permitir reforzar los mensajes educativos que muchas veces no son asimilados en las fases que sigue en el diagnóstico, y a su vez dar lugar al compromiso y participación del usuario y del profesional químico farmacéutico como agente de soporte personal.
- Cuarta:** Elaborar una propuesta para fomentar la adherencia al TARGA en pacientes del Hospital Nacional Dos de Mayo, en base a los resultados obtenidos en la presente investigación.

VII. Referencias

- Alcántara, D. (2008). *Factores asociados al TARGA en pacientes con VIH/SIDA, del Hospital Nacional Hipólito Unanue*. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Alvis, O., et al. (2009). *Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados con el VIH-sida*. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v70n4/a07v70n4>
- Bejarano, C., et al. (2006). *Factores de la adherencia de las personas que viven con VIH/SIDA que reciben esquema TARGA en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco*. Perú: Ministerio de Salud.
- Cabrera, S., et al. (2009). *Intervención farmacéutica en el seguimiento de la terapia antirretroviral*. Recuperado de: <http://www.analesranf.com/index.php/aranf/article/viewFile/921/905>
- Cano, A. (2013). *Factores asociados a la falta de adherencia del tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH y SIDA que asisten a la clínica de enfermedades infecciosas en el HEODRA, en el periodo febrero 2012-Septiembre 2013*. Recuperado de: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/retrieve/5879>
- Centro de Análisis de Imágenes Biomédicas Computarizadas CAIBCO. (2015). *Factores limitantes y potenciadores en la adherencia al tratamiento de antirretrovirales en personas que viven con VIH/SIDA*. Recuperado de: <http://vitae.ucv.ve/?module=articulo&n=4266>
- Codina, C., et al. (1999). *Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral*. Recuperado de: www.msssi.gob.es/.../recomendacionesAdherenciaTrtoAntirretroviral062...
- Delgado, C. y Alegre, E. (2011). *Valoración de la adherencia al tratamiento antirretroviral en un hospital público del conurbano bonaerense*.

Recuperado de: www.famg.org.ar/.../37-trabajos-de-investigación-clínica-ampliada.html?

De Miranda, C., et al. (2013). *Estudio de Medición de la Adherencia a la Terapia Antirretroviral (TAR) de Personas con VIH de la Red de Hospitales del Ministerio de Salud de El Salvador, durante los Meses de Marzo – abril de 2013*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) Componente VIH-sida del Fondo Mundial. ©PNUD, San Salvador.

Díaz, E., et al. (2013). *Análisis de las intervenciones farmacéuticas realizadas en el área de pacientes externos*. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-63432013000400004&script=sci_arttext

González, W. (2015). *Conocimiento sobre Diabetes Mellitus Tipo 2 y funcionalidad familiar asociados a la adherencia terapéutica en diabéticos tipo, Hospital Militar Central, Lima, noviembre 2014 - enero 2015*. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Güell, A. (1999). *La adherencia al tratamiento antirretroviral en personas VIH/SIDA. Un abordaje desde la perspectiva del Trabajo Social*. Recuperado de: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/ts/64/art2.htm>

Hernández, A., et al. (2013). *Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA*. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2013/eim132e.pdf>

Huamanchumo, Y. (2014). *Influencia del Taller de Educación Sexual y Reproductiva, en el nivel de conocimientos, de Alumnos del Tercer Grado de Educación Secundaria del Centro Educativo TÚPAC AMARU II*. Perú: Universidad Privada Antenor Orrego.

Jurado, F. (2015). *Factores asociados a adherencia en pacientes con vih/sida, de la Unidad de Atención Integral de personas viviendo con VIH del Hospital*

General Enrique Garcés. Quito –Ecuador. Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Kasparas, G. (2011). *Experiencias exitosas en el manejo de la adherencia al tratamiento antirretroviral en Latinoamérica*. Recuperado de: [www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task.](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=)

Knobel H.. *et al.* (2008). *Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral*. Recuperado de: Recomendaciones gesida/sefh/pns para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral

Marín, J. (2013). *Análisis de la Adherencia Primaria y Secundaria a Tratamientos Crónicos en Pacientes VIH+*. Recuperado de: http://www.gumbaurealizaciones.es/safh/04-comunicaciones/01-atencion_farmaceutica/002/index.html

Meneses, M. y Mayorca, C. (2014). Prácticas de autocuidado y la adherencia al TARGA en personas que viven con VIH en un hospital nacional de Lima. *Rev enferm Herediana*.

Ministerio de Salud. (2006). *Factores de la Adherencia de las personas que viven con VIH/SIDA que reciben esquema TARGA en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco*. Recuperado de: http://www.bvs.ins.gob.pe/insprint/cindoc/informes_tecnicos/75.pdf

Montalvo, S. (2014). *Relación entre el nivel de conocimientos y actitudes sobre la tuberculosis en el profesional de enfermería*. Red Chiclayo 2013. Chiclayo, Perú: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

Morales, G., *et al.* (2002). *Adherencia de los pacientes a la terapia antirretroviral en los CESAMOS* Alonso Suazo y Carrizal. Recuperado de: [docplayer.es/526924-Adherencia-de-los-pacientes-a-la-terapia-antiretroviral-en-los-ce.](http://docplayer.es/526924-Adherencia-de-los-pacientes-a-la-terapia-antiretroviral-en-los-ce)

- Muñoz, N. (2005). *Novedades en adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR)*. Julio 22, 2015, de Hospital Universitario Puerta del Mar. Recuperado de: http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/5_AF_VIH_2005/2_novedades_adherencia.pdf
- Navarro, G., et al. (2003). *Adherencia al tratamiento antirretroviral. Estudio de prevalencia en un hospital general*. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-adherencia-al-tratamiento-antirretroviral-estudio-13048588>
- Olalla, M. (2012). *Conocimiento, Adherencia y Efectividad del tratamiento antirretroviral VIH en los pacientes externos del Hospital Regional Universitario Carlos Haya*. España: Universidad de Granada.
- ONUSIDA. (2013). *La epidemia mundial de sida- datos clave mundiales*. Julio 02, 2016 de ONUSIDA Recuperado de: <http://www.unaids.org/es/resources/campaigns/2014/2014gapreport/factsheet>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2011). *Experiencias Exitosas en el Manejo de la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en Latinoamérica*. Washington D.C.: OPS.
- Ortego, M. (2011). *Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad. Un Metaanálisis*. Recuperado de: <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/51516/TesisMCOM.pdf?sequence>
- Peñarrieta, M., et al. (2009). *Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en personas que viven con VIH Tamaulipas – México*. Recuperado de: http://www.aidsmap.com/v635079287480000000/file/1186360/Adherencia_al_tratamiento_antiretroviral_en_personas_que_viven_con_VIH_Tamaulipas2_80_93

- Pinzón, Y. (2011). *Intervención psicoterapéutica en un grupo de pacientes con VIH/SIDA tendiente a mejorar la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral y el estado emocional*. Recuperado de <http://www.sibiup.up.ac.pa/bd/captura/upload/6168915p65.pdf>
- Rivas, J. (2008). *Adherencia Terapéutica al Tratamiento Antirretroviral Altamente Activo y Soporte Social en un grupo de pacientes con VIH/SIDA*. Lima, Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Rivas (2011). *Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad y Calidad de Vida de Pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo*. Recuperado de: http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/286/1/TL_Rivas_Muro_Jorge.pdf
- Ruiz, I. y Morales, D. (2006). Impacto de los factores demográficos y psicosociales en la no adherencia a los fármacos antirretrovirales. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, Vol 24.
- Sánchez, M. (2010). *Adherencia a tratamientos antirretrovirales simples en una o dos tomas diarias*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Sánchez-Gili, M., Toro, P., Pérez, M., Gómez, A., & Portóles, J. (2011). *Intervención farmacéutica en la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad renal crónica*. Recuperado de: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90014955&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=256&ty=42&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=256v26n03a90014955pdf001.pdf
- Tejada R., et al. (2011). *Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad durante la gestación, parto y postparto en mujeres VIH positivas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima-Perú*. Recuperado de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v15_n2/pdf/a07.pdf

- Utreras, A. (2015). *Evaluación de la adherencia a la terapia antirretroviral y grado de satisfacción de la atención farmacéutica recibida en pacientes portadores de VIH en la Unidad de Farmacia Ambulatoria del Hospital Base Valdivia*. Recuperado de: cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2015/fcu.92e/doc/fcu.92e.pdf
- Varela, M., et al. (2013). *Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico para el VIH/SIDA*. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522013000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
<http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v70n4/a07v70n4>
- Varela, M., et al. (2008). *Adherencia al Tratamiento en la Infección por VIH/SIDA. Consideraciones Teóricas y Metodológicas para su abordaje*. Julio 22, 2015, de Universidad Católica de Colombia Sitio web: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552008000200010
- Ventura, J., et al. (2014). *Adherencia, satisfacción y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes infectados por el VIH con tratamiento antirretroviral en España. Estudio ARPAS*. Julio 22, 2015, Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria Sitio web: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-63432014000400005&script=sci_arttext

Anexos

Anexo A. MATRIZ DE CONSISTENCIA

TEMA: “Factores socio demográficos asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en los pacientes del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima, 2016”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE	METODOLOGIA/DISEÑO
<p>General ¿Existen factores sociodemográficos asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en los pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima- 2016?</p> <p>Específicos 1. ¿Es el grado de instrucción un factor sociodemográfico asociado a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima- 2016?</p> <p>2. ¿Es el género un factor sociodemográfico asociado a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima- 2016?</p> <p>3. ¿Es la edad un factor sociodemográfico asociado a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad</p>	<p>General Determinar si el grado de instrucción, género, edad y estado civil del paciente con VIH son factores sociodemográficos asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima - 2016.</p> <p>Específicos 1. Determinar si el grado de instrucción es factor sociodemográfico asociado a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima - 2016.</p> <p>2. Determinar si el género es factor sociodemográfico asociado a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes</p>	<p>General Los factores sociodemográficos del paciente con VIH son factores asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en los pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima - 2016.</p> <p>Específico 1. El nivel de educación del paciente con VIH es factor sociodemográfico asociado a la adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima - 2016.</p> <p>2. El género del paciente con VIH es factor sociodemográfico asociado a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en los pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima - 2016.</p>	<p>Variable Dependiente X =Adherencia Definición conceptual Compromiso del paciente con VIH para consigo mismo al cumplir con tomar su medicamento antirretroviral de acuerdo con lo indicado por el personal de salud.</p> <p>Definición operacional Es el cumplimiento estricto del tratamiento, que comprende el tratamiento farmacológico y las indicaciones de seguimiento y que se obtendrá a través de una ficha de registro y se valoró como adherencia o no adherencia.</p> <p>Variable Independiente Y= Factores Socio demográficos</p> <p>Grado de Instrucción Definición conceptual Es el grado de instrucción alcanzado por la persona.</p>	<p>Tipo de estudio: Básico</p> <p>Diseño del estudio: No experimental Causal de corte transversal.</p> <p>Población: Pacientes que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo de enero a junio 2016.</p> <p>Muestra: No Probabilística a conveniencia (60 pacientes).</p> <p>Método de investigación: Tabla cruzada Prueba Chi – cuadrado</p> <p>Técnicas e instrumentos: Las técnicas empleadas son la Revisión de Ficha de Registro de pacientes de la Farmacia de Estrategias Sanitarias HNMD para la variable: factores sociodemográficos y la encuesta para la variable: adherencia. Los instrumentos por utilizar</p>

<p>en pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima - 2016?</p> <p>4. ¿Es el estado civil del paciente un factor sociodemográfico asociado a adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima - 2016?</p>	<p>con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima - 2016.</p> <p>3. Determinar si la edad es factor sociodemográfico asociado a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima - 2016.</p> <p>4. Determinar si el estado civil es factor sociodemográfico asociado a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima - 2016.</p>	<p>Mayo, Lima - 2016.</p> <p>3. La edad del paciente con VIH es factor sociodemográfico asociado a la adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima - 2016.</p> <p>4. El estado civil del paciente con VIH es factor sociodemográfico asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima - 2016.</p>	<p>Definición operacional Es el grado de instrucción que tiene el paciente al momento de iniciar el tratamiento.</p> <p>Género Definición conceptual: Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas. Definición operacional Masculino / Femenino</p> <p>Edad Definición conceptual: Tiempo que una persona ha vivido a contar desde que nació. Definición operacional: Número de años cumplidos por el paciente desde el nacimiento hasta que inicio el tratamiento con antirretrovirales.</p> <p>Estado Civil Definición conceptual: Condición de unión social de pareja Definición operacional: Soltero / Casado / Viudo / Conviviente</p>	<p>son: Ficha de Registro de Farmacia y el Cuestionario CEAT-VIH.</p> <p>Análisis Estadístico: Prueba de Normalidad paramétrica. Programa SPSS versión 22 Excel 2010</p>
---	---	--	---	---

Anexo B.

Cuestionario para la Evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH)

Código:		Año de diagnóstico:
		Tiempo de tratamiento:
Edad:	Sexo:	Fecha:
Estudios:		

Durante la última semana		Siempre	Más de la mitad de las veces	Aprox. La mitad de las veces	Alguna vez	En ninguna ocasión
1	¿Ha dejado de tomar su medicación en alguna ocasión?					
2	Si en alguna ocasión se ha sentido mejor, ¿ha dejado de tomar su medicación?					
3	Si en alguna ocasión después de tomar su medicación se ha encontrado peor, ¿ha dejado de tomarla?					
4	Si en alguna ocasión se ha encontrado triste o deprimido, ¿ha dejado de tomar la medicación?					

5. ¿Recuerda qué Medicamentos está tomando en este momento?

6. ¿Cómo calificaría la relación que tiene con su médico?

Mala	Algo mala	Regular	Mejorable	Buena
------	-----------	---------	-----------	-------

		Nada	Poco	Regular	Bastante	Much o
7	¿Cuánto esfuerzo le cuesta seguir con el tratamiento?					
8	¿Cómo evalúa la información que tiene sobre los antirretrovirales?					
9	¿Cómo evalúa los beneficios que le pueden traer el uso de los antiretrovirales?					
10	¿Considera que su salud ha					

	mejorado desde que empezó a tomar los antirretrovirales?					
11	¿Hasta qué punto se siente capaz de seguir con el tratamiento?					
		Nunca	Alguna vez	Aprox. La mitad de las veces	Bastantes veces	Siempre
12	¿Suele tomar la medicación a la hora correcta?					
13	Cuando los resultados en los análisis son buenos ¿suele su médico utilizarlos para darle ánimos y seguir adelante?					

14. ¿Cómo se siente en general desde que ha empezado a tomar antirretrovirales?

Muy insatisfecho	Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho	Muy satisfecho
------------------	--------------	-------------	------------	----------------

15. ¿Cómo valoraría la intensidad de los efectos secundarios relacionados con la toma de antirretrovirales?

Muy intensos	Intensos	Medianamente intensos	Poco intensos	Nada intenso
--------------	----------	-----------------------	---------------	--------------

16. ¿Cuánto tiempo cree que pierde ocupándose de tomar sus medicinas?

Mucho tiempo	Bastante tiempo	Regular	Poco tiempo	Nada de tiempo
--------------	-----------------	---------	-------------	----------------

17. ¿Qué evaluación hace de sí mismo respecto de la toma de los antirretrovirales?

Nada cumplidor	Poco cumplidor	Regular	Poco tiempo	Nada de tiempo
----------------	----------------	---------	-------------	----------------

18. ¿Qué dificultad percibe al tomar la medicación?

Mucha dificultad	Bastante dificultad	Regular	Poca dificultad	Nada de dificultad
------------------	---------------------	---------	-----------------	--------------------

		SI	NO
19	Desde que está en tratamiento En alguna ocasión ha dejado de tomar su medicación un día completo/más de uno? 8Si responde afirmativamente, ¿Cuántos días aproximadamente?		
20	¿Utiliza alguna estrategia para acordarse de tomar la medicación? ¿Cuál'		

Anexo C. Base de datos

N°	Factores sociodemográficos				Adherencia																								
	D1	D2	D3	D4	P1	P2	P3	P4	P5	D1	P6	P7	P8	P9	P10	D2	P11	P12	P13	D3	P14	P15	P16	P17	P18	D4	P19	P20	D5
1	2	1	3	1	5	5	5	4	1	20	3	4	4	5	5	21	5	5	5	15	5	5	5	3	5	23	1	1	2
2	3	2	4	1	4	5	5	5	1	20	5	4	5	4	5	23	5	5	5	15	5	2	4	1	5	17	1	1	2
3	2	2	4	3	5	5	5	5	0	20	5	1	3	4	5	18	5	4	5	14	4	5	5	3	5	22	0	1	1
4	2	1	3	3	5	4	5	2	0	16	5	1	4	5	5	20	5	4	5	14	4	5	5	3	4	21	1	1	2
5	3	2	3	1	5	5	5	5	0	20	5	4	3	5	5	22	5	4	5	14	5	3	4	2	4	18	0	1	1
6	3	2	4	1	5	5	4	5	0	19	5	3	3	5	5	21	5	5	5	15	4	5	5	3	5	22	0	1	1
7	2	2	2	1	5	5	5	5	0	20	5	1	4	5	5	20	5	5	5	15	4	5	5	1	5	20	0	1	1
8	2	2	2	1	4	4	5	5	1	19	5	3	5	5	5	23	5	2	5	12	4	5	5	3	5	22	1	0	1
9	2	2	3	1	4	5	5	5	0	19	5	5	2	5	5	22	5	5	5	15	5	5	5	3	5	23	0	1	1
10	3	2	4	1	5	5	5	5	0	20	5	1	5	4	5	20	5	2	5	12	5	5	5	3	5	23	0	1	1
11	3	1	3	1	5	5	5	5	1	21	5	1	5	5	5	21	5	5	5	15	5	5	5	3	5	23	0	0	0
12	3	1	4	3	5	5	5	5	0	20	5	2	5	5	5	22	5	5	5	15	5	5	5	3	5	23	0	1	1
13	2	2	3	4	5	5	5	5	1	21	5	1	4	5	5	20	5	5	5	15	5	5	5	3	5	23	1	0	1
14	2	2	3	1	5	5	5	5	1	21	5	1	5	5	5	21	5	5	5	15	5	5	5	3	5	23	0	1	1
15	2	2	3	2	5	5	5	5	1	21	5	1	4	5	5	20	5	4	5	14	5	5	5	3	5	23	0	1	1
16	2	1	3	1	5	5	5	5	0	20	5	1	5	5	5	21	5	5	5	15	5	5	5	3	5	23	0	1	1
17	2	2	4	1	5	5	5	5	1	21	5	1	2	5	5	18	5	5	5	15	5	5	5	3	3	21	0	1	1
18	2	2	3	1	5	5	5	5	0	20	5	5	5	5	5	25	5	5	5	15	5	5	5	1	5	21	0	1	1
19	3	2	3	3	5	5	5	5	0	20	5	1	5	5	5	21	5	5	5	15	5	5	5	1	5	21	0	1	1
20	2	2	3	1	5	5	5	5	0	20	5	1	3	5	5	19	5	5	5	15	5	5	5	3	5	23	0	1	1
21	1	1	4	4	5	5	5	5	0	20	5	4	3	5	5	22	5	4	5	14	5	5	5	1	5	21	0	1	1

22	2	2	2	1	4	5	5	5	1	20	5	1	5	5	5	21	5	5	5	15	5	5	5	1	4	20	1	1	2
23	4	2	3	1	5	5	5	5	1	21	5	5	5	5	5	25	5	3	5	13	5	5	5	3	5	23	0	1	1
24	1	2	3	1	5	5	5	5	0	20	5	2	5	5	5	22	5	5	5	15	5	5	5	1	5	21	0	1	1
25	2	2	2	1	5	5	5	5	0	20	5	3	2	5	5	20	5	5	5	15	5	4	4	3	5	21	0	1	1
26	2	2	3	1	4	5	5	5	0	19	5	1	5	5	5	21	5	5	5	15	5	4	5	3	5	22	1	1	2
27	3	2	2	1	5	5	5	5	1	21	5	1	2	5	5	18	5	5	5	15	5	5	5	1	5	21	0	1	1
28	2	1	3	4	5	5	5	5	0	20	5	1	4	5	5	20	5	5	5	15	5	5	5	2	5	22	0	1	1
29	2	2	4	1	5	5	5	5	0	20	5	1	3	5	5	19	5	5	5	15	5	5	5	1	5	21	0	1	1
30	2	1	3	2	5	5	5	5	1	21	5	1	5	5	5	21	5	5	5	15	5	5	5	1	5	21	0	1	1
31	2	2	2	3	5	5	5	5	0	20	5	1	1	5	5	17	5	2	5	12	5	5	5	1	5	21	1	1	2
32	2	1	3	1	5	5	5	5	0	20	5	1	5	5	5	21	5	5	5	15	5	5	5	1	5	21	0	1	1
33	2	2	3	2	5	5	5	5	1	21	5	1	4	5	5	20	5	4	5	14	5	5	5	3	5	23	0	1	1
34	2	2	3	1	5	5	5	5	0	20	5	1	3	5	5	19	5	5	5	15	5	5	5	3	5	23	0	1	1
35	1	1	4	4	5	5	5	5	0	20	5	4	3	5	5	22	5	4	5	14	5	5	5	1	5	21	0	1	1
36	2	2	2	1	4	5	5	5	1	20	5	1	5	5	5	21	5	5	5	15	5	5	5	1	4	20	1	1	2
37	4	2	3	1	5	5	5	5	1	21	5	5	5	5	5	25	5	3	5	13	5	5	5	3	5	23	0	1	1
38	1	2	3	1	5	5	5	5	0	20	5	2	5	5	5	22	5	5	5	15	5	5	5	1	5	21	0	1	1
39	2	1	3	2	5	4	5	2	0	16	5	1	4	5	5	20	5	4	5	14	4	5	5	3	4	21	1	1	2
40	3	2	3	1	5	5	5	5	0	20	5	4	3	5	5	22	5	4	5	14	5	3	4	2	4	18	0	1	1
41	3	2	4	1	5	5	4	5	0	19	5	3	3	5	5	21	5	5	5	15	4	5	5	3	5	22	0	1	1
42	2	2	2	1	5	5	5	5	0	20	5	1	4	5	5	20	5	5	5	15	4	5	5	1	5	20	0	1	1
43	2	2	2	1	5	5	5	5	0	20	5	3	2	5	5	20	5	5	5	15	5	4	4	3	5	21	0	1	1
44	2	2	3	1	4	5	5	5	0	19	5	1	5	5	5	21	5	5	5	15	5	4	5	3	5	22	1	1	2
45	3	2	2	1	5	5	5	5	1	21	5	1	2	5	5	18	5	5	5	15	5	5	5	1	5	21	0	1	1
46	2	1	3	4	5	5	5	5	0	20	5	1	4	5	5	20	5	5	5	15	5	5	5	2	5	22	0	1	1
47	2	2	3	1	5	5	5	5	0	20	5	1	3	5	5	19	5	5	5	15	5	5	5	3	5	23	0	1	1
48	1	1	4	4	5	5	5	5	0	20	5	4	3	5	5	22	5	4	5	14	5	5	5	1	5	21	0	1	1
49	2	2	2	1	4	5	5	5	1	20	5	1	5	5	5	21	5	5	5	15	5	5	5	1	4	20	1	1	2
50	4	2	3	1	5	5	5	5	1	21	5	5	5	5	5	25	5	3	5	13	5	5	5	3	5	23	0	1	1

51	1	2	3	1	5	5	5	5	0	20	5	2	5	5	5	22	5	5	5	15	5	5	5	1	5	21	0	1	1
52	2	2	2	1	4	4	5	5	1	19	5	3	5	5	5	23	5	2	5	12	4	5	5	3	5	22	1	0	1
53	2	2	3	1	4	5	5	5	0	19	5	5	2	5	5	22	5	5	5	15	5	5	5	3	5	23	0	1	1
54	3	2	4	1	5	5	5	5	0	20	5	1	5	4	5	20	5	2	5	12	5	5	5	3	5	23	0	1	1
55	3	1	3	1	5	5	5	5	1	21	5	1	5	5	5	21	5	5	5	15	5	5	5	3	5	23	0	0	0
56	3	1	4	3	5	5	5	5	0	20	5	2	5	5	5	22	5	5	5	15	5	5	5	3	5	23	0	1	1
57	2	2	4	3	5	5	5	5	0	20	5	1	3	4	5	18	5	4	5	14	4	5	5	3	5	22	0	1	1
58	2	1	3	3	5	4	5	2	0	16	5	1	4	5	5	20	5	4	5	14	4	5	5	3	4	21	1	1	2
59	3	2	3	1	5	5	5	5	0	20	5	4	3	5	5	22	5	4	5	14	5	3	4	2	4	18	0	1	1
60	3	2	4	1	5	5	4	5	0	19	5	3	3	5	5	21	5	5	5	15	4	5	5	3	5	22	0	1	1

ANEXO D: AUTORIZACION PARA REALIZAR LA ENCUESTA



PERÚ

Ministerio
de SaludHospital Nacional
"Dos de mayo"

"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

CARTA N° 022- 2017 -OACDI-HNDM

Lima, 09 de febrero 2017

Químico Farmacéutico:
JANETT UNTIVEROS ROSAS
 Investigador Principal
Presente.-

ASUNTO : AUTORIZACIÓN Y APROBACIÓN PARA REALIZAR ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

REF. : REGISTRO 022926

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y al mismo tiempo comunicarle que con memorando N° 01699-2016-DF-HNDM la oficina a mi cargo, informa que no existe ningún inconveniente en que se desarrolle el trabajo de investigación titulado: "NIVEL DE ESTUDIOS Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL DOS DE MAYO. LIMA, 2017"

En tal sentido esta oficina autoriza la realización del estudio de investigación. Consecuentemente el investigador deberá cumplir con el compromiso firmado, mantener comunicación continua sobre el desarrollo del trabajo y remitir una copia del proyecto al concluirse.

Sin otro particular, me despido de usted

Atentamente

MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
 D. DR. JUAN CARLOS BELGADO
 Jefe de la Oficina de Asesoría y Capacitación,
 Dirección de Investigación

Carta Nº033-EI

JRMb/LXBC/11



PERÚ

Ministerio
de SaludHospital Nacional
Dos de Mayo

AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO

EVALUACIÓN N° 014- 2017 -CEIB-EI-OACDI-HNDM

"NIVEL DE ESTUDIOS Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO, LIMA, 2017"

Investigador Principal: JANETT UNTIVEROS ROSAS

El Comité de Ética en Investigación concluye que:

- 1 El protocolo sigue lineamientos metodológicos y éticos.
- 2 El investigador se encuentra calificado para la conducción de la investigación.
- 3 El consentimiento informado brinda la información necesaria en forma adecuada.

Por tanto, el comité expide el presente documento de **APROBACIÓN Y OPINIÓN FAVORABLE** del presente estudio.

El investigador alcanzará al comité un informe al término del estudio.

El presente documento tiene vigencia por un año. Si aplica, el protocolo y reporte parcial deberán ser enviados al comité para reevaluación cuatro semanas antes de expirar la fecha de la presente aprobación.

Atentamente,

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO

Lima, 02 de febrero 2017



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
Dr. Jorgelina YARINSUECA GUTIERREZ
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA
EN INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA

JAYG*PCEIB*HNDM
C.c. Archivo

www.minsa.gob.pe/h2demayo
hdosdemayo@minsa.gob.pe
hdosdemayo@hotmail.com

Parque Historia de la
Medicina Peruana s/n
Cercado de Lima
Tlf. 328-00-28, 328-00-35
RUC: 20160388570

ANEXO F: Artículo científico

**Factores socio demográficos asociados a la adherencia al
tratamiento antirretroviral de gran actividad en los
pacientes del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima- 2016**

Bach. Janett Paula Untiveros Rosas

Libra26_1960@hotmail.com

Escuela de Postgrado

Universidad Cesar Vallejo Filial Lima Este

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en gestión de los servicios de la salud

El presente artículo pretende determinar si los factores socio demográficos que se encuentran asociados a la adherencia o cumplimiento del tratamiento antirretroviral como son la edad, género, edad, estado civil y nivel de estudios en los pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima – 2016. El tipo de la investigación fue básica, el diseño fue no experimental, transversal causal. El método empleado fue el hipotético deductivo. La población estuvo conformada por 165 fichas de la Farmacia de Estrategias Sanitarias del Hospital Nacional Dos de Mayo y para recolectar los datos se utilizaron los instrumentos de la variable la adherencia se aplicó como instrumento el Cuestionario de evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH) validado por Remor en España y por Tafur Valderrama en el Perú. Esta encuesta consta de 20 preguntas y tiene cinco dimensiones. El procesamiento de datos se realizó con el software SPSS (versión 22) y Excel 2010. Al analizar el nivel de adherencia se halló que los factores sociodemográficos del paciente con VIH son factores asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en los pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo de enero a junio 2016, con un nivel de significancia de 0.05 y Chi-cuadrado $\chi^2 = 74.808$ y $p = 0.001 < 0.05$.

Palabras clave: factores socio demográficos, adherencia, tratamiento antirretroviral de gran actividad, genero, edad, estado civil, nivel de estudios, cuestionario de evaluación.

Abstract

This article aims to determine if the socio-demographic factors that are associated with adherence or compliance with antiretroviral treatment such as age, gender, age, marital status and level of education in HIV patients who attended the National Hospital Dos de Mayo , Lima - 2016. The type of research was basic, the design was non-experimental, transversal causal. The method used was the hypothetical deductive. The population consisted of 165 records of the Pharmacy of Health Strategies of the National Hospital Dos de Mayo and to collect the data were used the instruments of the variable the adherence was applied as an instrument the Questionnaire of evaluation of the Adherence to the Antiretroviral Treatment (CEAT-HIV) validated by Remor in Spain and by Tafur Valderrama in Peru. This survey consists of 20 questions and has five dimensions. Data processing was carried out

with the software SPSS (version 22) and Excel 2010. When analyzing the level of adherence, it was found that the sociodemographic factors of the patient with HIV are factors associated with the adherence to highly active antiretroviral treatment in patients with HIV who attended the National Hospital Dos de Mayo from January to June 2016, with a level of significance of 0.05 and Chi-square $\chi^2 = 74.808$ and $p = 0.001 < 0.05$.

Key words: socio-demographic factors, adherence, highly active antiretroviral treatment, gender, age, marital status, educational level, evaluation questionnaire.

Introducción

Factores socio demográficos asociados

De acuerdo con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Componente VIH-SIDA del Fondo Mundial (2013) los factores socio demográficos generalmente se han asociado con la adherencia al Targa a pesar de las controversias sobre el rol de estos factores como facilitadores de la adherencia. Hay investigaciones que consideran el factor edad incide en una adecuada adherencia siendo que a mayor edad la adherencia es mejor. En lo que respecta al factor nivel de educación es mayor el consenso puesto que la adherencia se facilita con un alto grado de estudios. Existen estudios que consideran otros factores sociodemográficos como el sexo y el estado civil, pero, que aún no se han demostrado fehacientemente.

Según Alcántara (2008) existen varios factores determinantes para esta adhesión al Targa y los clasifica en cuatro:

Factores Socio económicos y culturales del paciente: como la edad, sexo, nivel de instrucción, accesibilidad al tratamiento, cercanía al centro de salud, entre otros.

Factores asociados a la enfermedad: muchas veces el paciente se desanima en continuar con el Targa o no lo cumple a cabalidad por la ocurrencia de otros eventos como la aparición de enfermedades oportunistas.

Factores asociados al régimen terapéutico: para Cisneros (2011), la adherencia al tratamiento con antirretrovirales está directamente relacionada con el esquema terapéutico que se prescribe al paciente, cuando este tratamiento es más complicado el nivel de adherencia es menor, el tratamiento puede tornarse

engorroso debido al estilo de vida del paciente o a la influencia de los alimentos en la absorción de los fármacos y por ende, interfiere con el efecto terapéutico deseado.

Dimensiones de la variable factores socio demográficos asociados a la adherencia

Dimensión 1: Grado de Instrucción

El nivel de estudios o grado de instrucción que tenga el paciente determina como éste capta el conocimiento sobre su enfermedad y que puede darse en tres niveles: (a) El conocimiento sensible, que consiste en captar los objetos por los sentidos, (b) El conocimiento conceptual, por medio de representaciones invisibles, inmateriales, pero universales y esenciales. La diferencia entre ambos niveles se halla en la singularidad y universalidad propia de cada uno, (c) El conocimiento holístico o intuitivo. La diferencia entre el conocimiento holístico y conceptual está en la carencia de estructuras en el conocimiento holístico.

El conocimiento que tiene el paciente sobre su enfermedad y lo que es el tratamiento antirretroviral desde el punto de vista hospitalario está referido a diversos aspectos como pueden ser: a) problemas relacionados con los medicamentos (PRM); b) conocer las reacciones secundarias que podrían ocurrir; c) conocer la dosis prescrita; d) forma correcta de tomar los medicamentos; e) saber cuánto tiempo va a durar el tratamiento; f) conocer los horarios en que debe ingerirlos y que precauciones debe observar; y, g) saber en qué lugar debe guardar sus medicamentos

Dimensión 2: Género.

El término género cuando se refiere al ser humano también se conoce como sexo. Ortegó (2011) señaló que:

Esta variable sociodemográfica es una de las más estudiadas y a pesar de que no hay un consenso al respecto diferentes estudios han hallado que la adherencia es mejor en el género masculino. Biológicamente la definición de género es clase o unidad sistémica organizada que agrupa a especies afines así los seres humanos se dividen en femenino y masculino. Esta diferencia puede deberse a los

factores hormonales, a las diferencias en el peso, a las diferencias en la absorción y metabolismo. (p. 46).

Dimensión 3: Edad

Se refiere al tiempo de vida de una persona desde el momento que nace hasta la actualidad, en el ser humano se agrupan por períodos que tienen que ver también con la madurez del individuo como la niñez, de la juventud, de la adultez o de la vejez, y otros investigadores prefieren agruparlos por edades denominados grupos etarios y que pueden dividirse por conveniencia al estudio a realizar.

Dimensión 4: Estado Civil

Conceptualmente es una condición de unión social de una pareja.

Jurídicamente el estado civil es un hecho jurídico complejo que constituye uno de los atributos de la personalidad, este atributo nace, cambia, se mantiene o termina a causa de largos y muchas veces complicados actos jurídicos como el matrimonio o el divorcio.

La variable adherencia

Según la investigación del Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo (2013): estudios han demostrado que cuando el nivel de adherencia al Targa es < 95% se logra una mayor supresión viral y, por ende, una baja adherencia puede causar aumento de ingresos al hospital por problemas relacionados con el progreso de VIH a SIDA (p.19).

Dimensiones variable adherencia

Cumplimiento del tratamiento antirretroviral

Tafur (2010) La adherencia en un sistema sanitario significa el nivel de cumplimiento de la prescripción médica por parte del paciente e incluso cambios en las costumbres de alimentarse, descansar de acuerdo con el esquema de tratamiento farmacológico indicado. Lo que hace diferente el cumplimiento de la adherencia es que en la adherencia el paciente asume consigo mismo el cumplir con todas las indicaciones del médico respecto a la toma de sus medicamentos y los cuidados que debe tener para con su persona e implícitamente, una buena comunicación con el personal sanitario, con este cumplimiento el paciente reduce las probabilidades de fracaso terapéutico, al sistema de salud le genera un gasto eficiente y aumenta su calidad de vida relacionada a su salud.

Antecedentes de la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral

De acuerdo con Olalla (2012):

Por ello la falta de adherencia al Tratamiento Antirretroviral debe ser contemplada en el seno de un Sistema Público de Salud como un problema de ineficiencia que impide alcanzar la efectividad clínica ya que puede conseguirse con los recursos que se disponen para el tratamiento de la infección por el VIH. (p. 97).

Interacción médico-paciente

Para Delgado y Alegre (2011):

Es fundamental comprender que la adherencia al tratamiento depende del comportamiento del individuo (lo que hace y deja de hacer) en función de los objetivos terapéuticos, y que por lo tanto tendrá influencia directa sobre su salud y su calidad de vida. Pero a este principio hay que agregarle otros elementos (denominados aquí como “factores” del individuo, de la enfermedad, del contexto y de su interacción) importantes para comprender de manera funcional, cómo, cuándo, por qué y para qué se desarrolla el comportamiento de adherencia. (p. 8).

Creencias del paciente

Según Ortégó (2011) Las Pvv (Personas Viviendo con VIH/sida) deben lidiar con un conjunto de estresores fisiológicos, socioculturales, económicos y psicológicos, que -en conjunto- constituyen una amenaza potencial a su salud física y mental, por lo que se ha llevado a cabo una serie de investigaciones con el objetivo de identificar aquellos factores que se encuentran asociados con esta pandemia, tales como estilos o estrategias de afrontamiento, estados emocionales, apoyo social, rasgos de personalidad y, además, su asociación con la adherencia al tratamiento.

Estrategias para mejorar la adherencia

De acuerdo con las Recomendaciones Gesida/Pns para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral (2008), existen varios factores predictores de la adherencia con parámetros que dificultan uniformizar los resultados logrados en

varios trabajos de investigación, sin embargo, los clasifica en tres grandes grupos: (a) relacionados con el paciente; (b) relacionados con el tratamiento y (c) relacionados con el sistema y equipo sanitario (p.5). También, indica que deben considerarse otros factores que involucran al sistema de salud como son: (a) facilidad de acudir al centro de salud; (b) rapidez en movilizarse desde su domicilio o trabajo al centro de salud; (c) en el caso de las pacientes que son madres la accesibilidad al uso de guarderías para sus niños y; (d) que los horarios de atención en los centros de salud les permitan acudir a ellos.

Metodología

El método que se ha utilizado en este trabajo de investigación fue el hipotético deductivo. El tipo de investigación fue básica. El enfoque de la investigación fue cuantitativo ya que representa un conjunto de procesos que fueron secuenciales y probatorios. El diseño de la investigación fue no experimental Hernández, Fernández y Batista (2014) manifestaron que se realiza sin manipular deliberadamente variables. (p.152)

Para recolectar los datos se utilizaron los instrumentos de la variable factores sociodemográficos asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral. El procesamiento de datos se realizó con el software SPSS (versión 22).

Resultados

Tabla 1

Factores sociodemográficos del paciente con VIH y la adherencia al tratamiento antirretroviral

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	74.808 ^a	40	.001
Razón de verosimilitudes	75.845	40	.001
Asociación lineal por lineal	.015	1	.902
N de casos válidos	60		

a. 55 casillas (100.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .10.

Como se muestra en la Tabla 1, los factores sociodemográficos se encuentra asociada (o depende) con la adherencia al tratamiento antirretroviral, tal como

muestra al prueba de la independencia (Chi-cuadrado $\chi^2 = 74.808$), así mismo se muestra que el p value es menor al nivel de significación asumido ($p = 0.001 < 0.05$), frente a estas comparaciones se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula por lo que existe asociación (*dependencia*) entre los factores sociodemográficos y la adherencia de los pacientes.

Tabla 2

Grado de instrucción del paciente con VIH y la adherencia al tratamiento antirretroviral

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	81.054 ^a	30	.000
Razón de verosimilitudes	47.548	30	.022
Asociación lineal por lineal	2.396	1	.122
N de casos válidos	60		

a. 43 casillas (97.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .05.

Como se muestra en la Tabla 2, el grado de instrucción se encuentra asociado (o depende) con la adherencia al tratamiento antirretroviral, tal como muestra al prueba de la independencia (Chi-cuadrado $\chi^2 = 81.054$), así mismo se muestra que el p value es menor al nivel de significación asumido ($p = 0.000 < 0.05$), frente a estas comparaciones se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula por lo que existe asociación (*dependencia*) entre el nivel de educación y la adherencia de los pacientes.

Tabla 3

El género del paciente con VIH y la adherencia al tratamiento antirretroviral

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	24.844 ^a	10	.006
Razón de verosimilitudes	29.575	10	.001
Asociación lineal por lineal	.097	1	.756
N de casos válidos	60		

a. 19 casillas (86.4%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .27.

Como se muestra en la Tabla 3, el género de los pacientes se encuentra asociada (o depende) con la adherencia al tratamiento antirretroviral, tal como muestra al prueba de la independencia (Chi-cuadrado $\chi^2 = 24.844$), así mismo se muestra que el p value es menor al nivel de significación asumido ($p = 0.006 < 0.05$), frente a estas comparaciones se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula por lo que existe asociación (*dependencia*) entre el género y la adherencia de los pacientes.

Tabla 4

La edad del paciente con VIH y la adherencia al tratamiento antirretroviral

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	47.653 ^a	20	.000
Razón de verosimilitudes	57.916	20	.000
Asociación lineal por lineal	.541	1	.462
N de casos válidos	60		

a. 32 casillas (97.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .20.

Como se muestra en la Tabla 4, la edad de los pacientes se encuentra asociada (o depende) con la adherencia al tratamiento antirretroviral, tal como muestra la prueba de la independencia (Chi-cuadrado $\chi^2 = 47.653$), así mismo se muestra que el p value es menor al nivel de significación asumido ($p = 0.000 < 0.05$), frente a estas comparaciones se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula por lo que existe asociación (*dependencia*) entre la edad y la adherencia de los pacientes.

Tabla 5

El estado civil del paciente con VIH y la adherencia al tratamiento antirretroviral

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	58.266 ^a	30	.001
Razón de verosimilitudes	52.832	30	.006
Asociación lineal por lineal	1.491	1	.222
N de casos válidos	60		

a. 41 casillas (93.2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .07.

Como se muestra en la Tabla 5, el estado civil de los pacientes se encuentra asociada (o depende) con la adherencia al tratamiento antirretroviral, tal como muestra al prueba de la independencia (Chi-cuadrado $\chi^2 = 58.266$), así mismo se muestra que el p value es menor al nivel de significación asumido ($p = 0.000 < 0.05$), frente a estas comparaciones se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula por lo que existe asociación (*dependencia*) entre el estado civil y la adherencia de los pacientes.

Discusión

En relación a la hipótesis general los resultados encontrados en esta investigación fue que el Valor $**p < .05$, podemos afirmar que existe asociación significativa entre los factores sociodemográficos y la adherencia de los pacientes con vih que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, coincidiendo con la investigación de Varela *et al.* (2013) realizaron un estudio observacional transversal denominado “Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico para el VIH/SIDA en Cali”, para determinar la prevalencia de adherencia al tratamiento antirretroviral y los factores intervinientes en pacientes con VIH/SIDA, en una población aleatoria de 127 personas viviendo con sida con tratamiento antirretroviral, emplearon el Cuestionario de Adherencia al tratamiento antirretroviral CAT-VIH y los factores intervinientes en la adherencia se midieron con un Cuestionario de autorreporte construido con este fin (CFR-AT-VIH) y datos de las historias clínicas, encontrándose 84.3 % de prevalencia de adherencia al tratamiento antirretroviral, menor adherencia en pacientes menores de 40 años, de nivel socio económico bajo y menor accesibilidad a medicamentos. Al análisis univariado los factores con nivel de significancia de 0.25 son edad, sexo, estrato socioeconómico, conocimiento sobre su enfermedad y número de dosis.

En relación a la primera hipótesis específica los resultados encontrados en esta investigación fue que el Valor $**p < .05$, podemos afirmar que existe asociación significativa entre el nivel de educación y la adherencia de los pacientes con vih que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, coincidiendo con la investigación de Sánchez (2010) en su trabajo “Adherencia a tratamientos antirretrovirales simples en una o dos tomas diarias, en el Área 4 de la Comunidad Autónoma de Madrid”, estudio observacional, prospectivo y analítico que tiene como objetivo comparar la adherencia al tratamiento antirretroviral a pacientes con VIH con una dosis diaria

única y con dosis de dos tomas diarias, con una muestra poblacional de 437 pacientes. se usan métodos indirectos que se combinan para determinar si el paciente es adherente o no adherente. Esta investigación determinó que un paciente con VIH con una sola dosis diaria no asegura la adherencia mayor a 95% pues aún hay factores determinantes y que ponen en riesgo el tratamiento. El nivel de educación del paciente ayuda a que comprenda mejor su enfermedad, el tratamiento y mejora la adherencia.

En relación a la segunda hipótesis específica los resultados encontrados en esta investigación fue que el Valor $**p < .05$, podemos afirmar que existe asociación significativa entre el género y la adherencia de los pacientes con vih que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, coincidiendo con la investigación de Alcántara (2008) encontró el 52.7% de pacientes estudiados pertenecientes al sexo masculino y el 47.3% correspondían al sexo femenino en tanto, en el estudio realizado se encontró que el 73.3% de la población estudiada son varones y el 26.7% son mujeres; esta diferencia podría deberse a que normalmente la mujer por razones de su propia idiosincrasia no acude al hospital para su respectiva atención.

En relación a la tercera hipótesis específica los resultados encontrados en esta investigación fue que el Valor $**p < .05$, podemos afirmar que existe asociación significativa entre la edad y la adherencia de los pacientes con vih que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, coincidiendo con la investigación de Cisneros, (2014) en su trabajo titulado "Factores que influyen en la adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con sida del Hospital Enrique Garcés en Quito", encontró que en el grupo etario entre 26 a 44 años se halla el mayor porcentaje de pacientes diagnosticados con el virus del VIH, siendo similar al encontrado en el presente trabajo donde más de la mitad de los pacientes están comprendidos en un rango de 31 a 45 años (55% del total de la muestra), lo que nos hace deducir que es el porcentaje promedio en América Latina.

En relación a la cuarta hipótesis específica los resultados encontrados en esta investigación fue que el Valor $**p < .05$, podemos afirmar que existe asociación entre el estado civil y la adherencia de los pacientes con vih que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo, coincidiendo con el estudio realizado por Alcántara (2008) el 36.3% son convivientes, 31.9% solteros, 17.6% casados, 9.9% viudos y un 4.3% son divorciados.

Conclusiones

Los factores sociodemográficos del paciente con VIH son factores asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en los pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo de enero a junio 2016, con un nivel de significancia de 0.05 y Chi-cuadrado $\chi^2 = 74.808$ y $p = 0.001 < 0.05$.

Referencias

- Alcántara, D. (2008). *Factores asociados al TARGA en pacientes con VIH/SIDA, del Hospital Nacional Hipólito Unanue*. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Delgado, C. y Alegre, E. (2011). *Valoración de la adherencia al tratamiento antirretroviral en un hospital público del conurbano bonaerense*. Recuperado de: www.famg.org.ar/.../37-trabajos-de-investigación-clínica-ampliada.html?
- Olalla, M. (2012). *Conocimiento, Adherencia y Efectividad del tratamiento antirretroviral VIH en los pacientes externos del Hospital Regional Universitario Carlos Haya*. España: Universidad de Granada.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2011). *Experiencias Exitosas en el Manejo de la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en Latinoamérica*. Washington D.C.: OPS.
- Ortego, M. (2011). *Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad. Un Metaanálisis*. Recuperado de: <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/51516/TesisMCOM.pdf?sequence>
- Sánchez, M. (2010). *Adherencia a tratamientos antirretrovirales simples en una o dos tomas diarias*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Varela et al. (2013). *Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico para el VIH/SIDA*. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522013000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
<http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v70n4/a07v70n4>